

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juillet 1896, à 1 heure

Par J. PRAUD;

Né à Chinon (Indre-et-Loire), le 23 juillet 1865.

TROUBLES NÉVROPATHIQUES

CONSÉCUTIFS

A L'ABLATION DE L'UTÉRUS ET ANNEXES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Professeur : M. PROUST.

Agrégés : M.M. } MÉNÉTRIER.
CHARRIN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554011_0032

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juillet 1896, à 1 heure

Par J. PRAUD,

Né à Chinon (Indre-et-Loire), le 23 juillet 1865.

TROUBLES NÉVROPATHIQUES

CONSÉCUTIFS

A L'ABLATION DE L'UTÉRUS ET ANNEXES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Professeur : M. PROUST.

Agrégés : MM. { MÉNÉTRIER.
CHARRIN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SÉE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HEIM.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REITTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	MARFAN.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARIE.	ROGER.	
GAUCHER.	MAYGRIER.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les discussions qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en donnera aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

ET DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin à l'hôpital Necker,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, quelques auteurs ont remarqué la fréquence des troubles nerveux à la suite de l'ovariotomie. Frappé de ces phénomènes, nous allons chercher à les comprendre, et après une étude approfondie de tous les symptômes que nous aurons rencontrés dans les observations prises depuis un certain temps, nous allons essayé de les grouper. Nous avons pu trouver ainsi plusieurs formes cliniques représentant des formes assez nettes de névroses connues. Nous essaierons de prouver qu'un certain nombre de maladies psychiques ont pu reconnaître pour unique cause la castration.

Avant de commencer ce modeste travail, il est juste que nous songions tout d'abord à remercier nos maîtres dans les hôpitaux : MM. Tillaux, Dieulafoy, Potain, Raymond et Pinard auxquels nous exprimons toute notre gratitude pour les conseils

qu'ils nous ont prodigués pendant le temps passé dans leur service.

Que M. le professeur Dieulafoy veuille bien recevoir ici l'assurance de notre reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le docteur Mirallié, ex-interne des hôpitaux, notre camarade d'étude et notre ami, qui nous a inspiré le sujet de ce travail et dont nous avons à plusieurs reprises utilisé l'expérience et les sages avis.

HISTORIQUE

L'hystérie est connue depuis qu'il existe une civilisation, a dit Briquet, et de fait, on trouve l'étude de la névrose dès les premiers livres de la médecine hippocratique.

Nous trouvons là la première indication de cette théorie de l'utérus mobile qui va dominer pendant de longs siècles l'histoire de l'hystérie. Galien maintient l'origine utérine de l'hystérie, mais repousse comme absurde l'idée d'une matrice mobile.

Au moyen âge, l'étude médicale de l'hystérie n'a pas fait grand progrès. Cependant, les cas en étaient nombreux, car sous l'influence de l'astrologie, de la magie et de certains préjugés religieux, l'hystérie prenait alors un développement terrible.

Les choses commencent à changer au début du ^{xvii}^e siècle. Charles Lepois commence à battre en brèche la théorie utérine. Pour lui, le siège réel

de ces névroses, n'est pas la matrice, mais bien l'encéphale.

Mais la substitution de cette théorie nerveuse à la théorie utérine, ne va pas se faire sans discussions, et on peut dire que la lutte entre les deux théories rivales a duré jusqu'à nos jours.

En effet, des chirurgiens, nos contemporains, ont modernisé le rôle de l'appareil génital dans la névrose, en faisant de l'ovaire le substratum de cette maladie psychique.

« Battey, et après lui beaucoup de gynécologistes, surtout en Amérique, ont attaché une très grande attention, à la coexistence de troubles menstruels, aménorrhée et dysménorrhée, avec des désordres nerveux graves, hystérie, épilepsie, manie ; ainsi, ont été créés les mots de oophoralgie, oophorepilepsie, oophoromanie (Pozzi). »

Ce sont ces idées américaines qui ont amené à pratiquer l'extirpation des ovaires sains, pour faire cesser la douleur en abolissant la fonction qui la provoquait.

Cette indication spéciale fut, d'abord, posée par Battey, en Amérique, dont la première opération date du 17 août 1872 ; puis plus tard, Hegar (1) en Allemagne (1876) et Lawson Tait (2) en Angleterre acceptèrent et répandirent l'opération de Battey.

(1) Die castration der Frauen (Volkman's klin Vosträge, gyn. 42 Leipzig, 1878).

(2) British medical journal (30 mai 1879).

De 1878 à 1882, ce fut l'époque de frénésie opératoire pendant laquelle l'oophorectomie a sévi, surtout sur l'Amérique, dans un déchaînement de désastres.

Goodell proposa la castration chez toutes les folles ; il la conseilla même sérieusement comme un remède vainqueur, contre les habitudes de masturbation.

En France, M. Péan fut un des premiers à intervenir par la castration dans le traitement des manifestations pelviennes d'origine hystérique ; il n'avait même pas hésité à créer « l'hystérie chirurgicale ».

Avec M. Richelot la question change de forme. Ne voulant plus, comme Péan, localiser le processus intime de l'hystérie dans une zone abdominale ou ovarienne, il écarte l'hystérie et crée les « grandes névralgies pelviennes », qu'il traite d'ailleurs comme Péan, c'est à-dire par l'opération de Battey.

Pour l'hystérie et l'hystéro-épilepsie, Lawson Tait prétend avoir eu des guérisons très encourageantes. G. Willers, élève de Hegar, a fait des relevés, qui établissent qu'on a plus de chances d'obtenir la guérison quand l'ovaire est lésé, que lorsqu'il est sain.

M. Mackenrodt, (1), de Berlin, dit que de 1885

(1) 5^e congrès de la Société allemande de gynécologie, tenu à Breslau (1893).

à 1886, il a eu l'occasion d'examiner de près des malades atteintes de troubles psychiques ; un certain nombre étaient atteintes d'affections des annexes, avec congestion menstruelle des plus accentuées, il les a guéries par la castration.

M. Mackenrodt cite deux cas de guérison complète, obtenue par lui en 1888. Une malade atteinte d'épilepsie, et une autre lypemaniaque de 2 ans furent radicalement guéries.

M. Mackenrodt terminait en exprimant le vœu que « Les directeurs d'établissements d'aliénées soient forcés d'appeler un gynécologue, pour examiner les malades qui rentrent dans leur établissement, de façon à les soumettre, s'il y a lieu, à la thérapeutique qui leur convient et à ne pas enfermer des femmes qui pourraient être guéries par le fait d'une opération » (1).

En somme, quel peut être, dans un cas déterminé, l'effet de l'ablation des ovaires et trompes sur l'état mental d'une femme plus ou moins névrosée ?

Les faits seuls peuvent répondre, et jusqu'à ces derniers temps on se trouvait en présence de deux opinions absolument contradictoires.

1° Celle du Dr A. Bennett, qui prétend avoir obtenu sur 6 cas, 3 guérisons complètes et une amélioration.

2° Et celle du Dr Thomas G. Morton, qui, pré-

(1) Semaine médicale, mai 1893.

tend non seulement que l'oophorectomie est incapable d'avoir un effet salulaire sur un trouble mental préexistant, mais même qu'elle peut chez des personnes, saines jusqu'alors, déterminer l'éclosion de certaines névroses et même de la folie.

Il semble bien démontré qu'il y ait eu un certain nombre de cas de guérison. Comment pouvons-nous les expliquer ? Il y a eu des guérisons, sans doute, mais n'ont-elles pas été que passagères ? Les malades n'ont pas été suivies assez longtemps, et après quelques mois, ont pu éclater des accidents beaucoup plus graves que ceux qui avaient nécessité l'opération. Les chirurgiens ont peut-être trop oublié ce qu'écrivait Briquet : « Pour déclarer guérie une hystérique, il faut l'avoir vue plusieurs années après sa guérison ». Les chirurgiens ont regardé comme une guérison complète la suspension des symptômes de l'hystérie ou même le simple arrêt des attaques d'hystérie.

Les rares fois où cette castration détermine la guérison, c'est simplement par voie de révulsion psychique tout comme l'inoffensive pilule de mie de pain (Gille de la Tourette). C'est ainsi qu'on a obtenu une guérison complète d'hystérie, par un simulacre de castration avec incision superficielle de l'abdomen, comme le rapporte dans une observation très intéressante Chiarleoni (1).

(1) *Gazetta degli ospitali*, 1888, nos 8. 9.

Au sujet des cas de guérison relatés dans la thèse de Tissier (1), Guinon (2) croit qu'ils ne sont pas toujours bien interprétés. « Je crois, nous dit-il, que dans ces faits, ce n'est pas tant l'extraction des glandes qui guérit l'hystérie, que l'opération elle-même, le schock traumatique, l'émotion, l'attente de l'intervention chirurgicale, et le désir de guérir à l'aide d'une tentative désespérée. Le schock, l'émotion peuvent, on le sait, amener la disparition de certaines manifestations hystériques ».

Pendant cette longue période de traitement chirurgical de l'hystérie, un certain nombre de chirurgiens et de médecins avaient observé chez des ovariectomisées quelques symptômes nerveux qu'ils furent amenés plus tard à rattacher à l'opération.

Le délire observé n'était pas comparable au délire traumatique qui consiste en troubles psychiques tout à fait aigus et passagers, et qui disparaissent en même temps que la cause qui les a produits.

En 1880, les Drs Herm Lossen et Furstner (3) d'Heidelberg publient un cas de manie à la suite d'une hysterectomie

(1) Thèse de Paris, 1888, De la Castration de la femme en chirurgie.

(2) Thèse Paris, 1889.

(3) Berliner Klinische Wochenschrift, août 1880.

En 1885 à la Clinical Society of London, le D^r Barwell (1) fait une communication sur un cas de manie consécutive à une ovariectomie, et plusieurs chirurgiens présents disent avoir observé des faits semblables.

En mai 1888, à Halle, au 2^e congrès de la société allemande de gynécologie, le D^r Werth, de Kiel, rapporte six cas de folie consécutive à des opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme.

En novembre 1892, M. le Professeur Debove a rapporté un cas d'hystérie développé chez une femme ovariectomisée.

Les observations se multiplièrent, et l'on retrouva tous les symptômes, depuis la névrose simple et l'hystérie jusqu'à la folie complète.

Ce qui frappa surtout les chirurgiens, c'est le nombre des cas de folie et de manie qu'ils observent presque exclusivement. On pourrait peut-être donner une explication de ce fait, en ce que la manie éclate dans les jours qui suivent l'opération, tandis que les névroses, l'hystérie par exemple, ne se déclareraient qu'après un certain temps, alors que le chirurgien ne voit plus ses malades. La malade de M. le Professeur Debove est un cas de ce genre.

De ces observations, nous sommes amené à conclure qu'une intervention opératoire ne met à l'abri, ni de l'hystérie, ni de ses manifestations

(1) The british medical journal, mars 1885.

ovariennes, et nous osons affirmer que souvent elle peut les provoquer même chez des femmes non prédisposées.

M. Pozzi pense que les castrations pour manies ou psychoses, paraissant influencées par la menstruation doivent être repoussées sans hésitation. Il y a de nombreux cas, où loin d'obtenir une amélioration, on n'a vu se produire qu'une aggravation. Pour M. Pozzi, la grande préoccupation de l'opérateur, ne doit pas tant être de savoir si l'ovaire qu'il va enlever présente une lésion anatomique, que de s'assurer s'il est le point de départ physiologique des accidents. Il faut avouer qu'il est si difficile de se prononcer, qu'un chirurgien consciencieux doit toujours reculer devant cette opération.

Lichevin (1), dans sa thèse, nous dit : « qu'attaquer la douleur d'origine hystérique, c'est attaquer une manifestation d'une maladie, qui ne demande qu'à avoir une localisation différente. Un chirurgien qui se mettrait à la poursuite des douleurs chez les hystériques, risquerait de faire inutilement des séries d'opérations. »

Tissier, qui admet la variété ovarienne ou génitale de l'hystérie, ajoute : « La difficulté est l'impassibilité presque absolue de distinguer l'hystérie génitale, tant elle ressemble à l'hystérie

(1) Thèse de Paris, 1889. Des abus de la castration chez la femme.

essentielle ». Cela ne surprend pas, puisqu'il n'y a pas deux variétés de l'hystérie.

Pichevin, dont les idées sont approuvées par Charcot, va plus loin, et juge ainsi l'hystérie chirurgicale : « La tentative de la chirurgie actuelle, est un retour aux idées anciennes, dont a fait justice la pathologie nerveuse moderne. Il est aussi illogique, d'enlever chez un hystérique mâle le testicule ou la peau du scrotum, siège de sensations douloureuses, que d'enlever une zone hystérogène quelconque ou le ovaire hyperesthésié chez une femme. La théorie sur laquelle les opérateurs s'appuient est fausse, leur pratique est mauvaise, et même immorale. »

Jayle (1) nous dit : « L'étude minutieuse d'une centaine de malades ayant subi la castration ovarienne, utéro-ovarienne ou utérine, m'a permis de conclure, avec la minorité des auteurs, qu'il est de règle de voir apparaître chez les femmes castrées des troubles fort gênants, soit pour l'opérée, soit pour son entourage. »

Actuellement, un grand nombre de castrations ont été opérées, et le temps écoulé depuis les opérations est déjà assez long, pour que nous puissions essayer de voir les résultats éloignés du traumatisme opératoire.

C'est cette remarque qui nous a donné l'idée de cette thèse et le choix du sujet.

(1) Presse médicale, 9 mai 1896.

Pendant que nous préparions notre travail, M. Canu présentait à la Faculté un mémoire sur ce sujet ; et nous y avons puisé de nombreux renseignements.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Consécutivement aux opérations sur l'appareil génital de la femme, on peut voir se développer des phénomènes nerveux multiples, groupés d'ailleurs de façon très dissemblable suivant les cas.

Au point de vue étiologique, on peut classer ces faits en trois ordres :

1° Les troubles éclatent chez une ancienne hystérique, actuellement guérie. Dans ce cas, le traumatisme opératoire éveille une hystérie latente et qui n'attendait que l'occasion d'évoluer. Les observations de G. Morton, Lawton Tait, Hegar, sont là pour nous le prouver. D'ailleurs, il n'y a pas lieu d'être surpris, car chez ces nerveuses à l'état latent, la moindre cause pouvait être occasionnelle; c'est comme le traumatisme dans certaines diathèses.

2° Les névroses apparaissent chez une femme peut-être un peu nerveuse, mais autrement bien portante. On trouve seulement des antécédents

héréditaires plus ou moins éloignés, enfin c'est une femme prédisposée.

Les exemples en sont nombreux ; l'observation de Barwell qui, lorsqu'il fit sa communication en 1885, croyait son opérée sans antécédents, mais qui revint sur son opinion en 1889, lorsqu'il vit que la malheureuse était devenue complètement folle après deux années de guérison relative. L'observation du docteur Loumeau est encore un bon exemple de psychose développée chez une femme prédisposée par des antécédents héréditaires relativement assez éloignés.

3° Enfin, l'opération peut déterminer une névrose chez une femme saine, non prédisposée et sans antécédents, même très éloignés.

Chez l'opérée de Lossen, les antécédents de la malade ne firent découvrir aucune prédisposition héréditaire. Sûrement il n'y avait pas d'alcoolisme. Furstner, qui rapporte l'observation, se croit autorisé à regarder l'opération comme la seule cause effective de la psychose.

Dans les observations de M. le professeur Debove et de M. A. Mathieu, les opérées étaient absolument saines d'esprit avant l'intervention.

Si la science ne renferme pas un plus grand nombre d'observations de ces psychoses, nous pouvons peut-être en soupçonner les raisons. D'abord la chirurgie abdominale n'est devenue courante que depuis une quinzaine d'années, grâce aux découvertes de bactériologie et aux

progrès de l'antisepsie ; et puis une autre raison peut-être plus importante, c'est que beaucoup de malades ont une névrose peu accentuée, offrant des symptômes peu alarmants, et qu'elles ne réclament pas de soins médicaux. D'autre part, comme le fait remarquer M. le docteur Jayle (1), ces troubles sont peu recherchés par les chirurgiens et, par suite, méconnus.

Quand les chirurgiens les rencontrent, ils n'en tiennent pas toujours compte, et cela ne les empêche pas de citer la malade comme parfaitement guérie.

Les accidents nerveux éclatent parfois un certain temps après l'opération. Dès les jours qui suivent l'intervention, il se produit une amélioration très nette ; celle-ci peut persister un certain temps, plusieurs mois, puis ce n'est qu'après cette période que, peu à peu, éclatent les accidents. La malade va alors consulter, non pas le chirurgien qui l'a opérée, mais un médecin, et souvent les accidents nerveux ne sont pas rattachés à leur cause originelle.

Comment agit l'opération, soit pour mettre en activité la prédisposition latente à la folie, soit pour créer, pour ainsi dire, de toutes pièces ces diverses névroses ?

Ce n'est pas dans les suites locales de l'opération qu'il faut chercher les raisons de ces psychoses

(1) Presse médicale, 9 mai 1896.

post-opératoires. En effet, dans toutes nos observations, la cicatrisation de la plaie s'est faite à merveille malgré le délire et le mouvement désordonné de certaines malades.

Est-ce par trouble réflexe à point de départ utéro-ovarien ?

En 1888, M. Lucas-Championnière dit que depuis longtemps, on savait que les tiraillements et l'irritation des organes génitaux provoquent des accidents réflexes d'une certaine acuité, tels que vomissements, battements de cœur, toux.

Ces phénomènes disparaissent avec la cause occasionnelle, mais il n'en est malheureusement pas de même des accidents post-opératoires qui peuvent être beaucoup plus graves et persister.

M. Lucas-Championnière (1) déclare « que chez beaucoup de femmes l'opération est suivie d'une émotivité particulière. Les femmes déclarent que, pour un rien, elles auraient une attaque de nerfs. Elles sont inquiètes, certaines accusent la boule hystérique. Le pouls est petit, dépressible, irrégulier même, et surtout ces malades crachotent. »

Denis (2), dans sa thèse inaugurale, nous dit : « La riche innervation du péritoine et des organes renfermés dans l'intérieur de la cavité abdominale, par les plexus que forme le sympathique, le pneumogastrique et les nerfs de l'axe spinal, permet de

(1) Bulletin de la Société obstétricale de Paris, 1888.

(2) Thèse Montpellier, 1889.

se rendre compte de tous ces phénomènes pathologiques ou physiologiques. »

Vené (1), dans sa thèse, fait remarquer que les organes génitaux ont une connexion étroite avec les plexus abdominaux ; et comme organes riches en terminaisons nerveuses, il croit qu'ils peuvent être le point de départ d'importants réflexes.

Broussais a admis des troubles mentaux résultant de l'irritation d'un organe transmise au cerveau par les nerfs ; pour lui l'irritation des nerfs allait influencer les centres psychiques du cerveau. Mais cette folie sympathique est bien loin d'être admise par les aliénistes, et son explication ne peut réellement satisfaire l'esprit d'un savant qui veut connaître les causes intimes des phénomènes pathologiques.

Cette théorie est insuffisante, car les grands traumatismes réflexes ne donnent pas tous de l'hystérie, et l'on doit certainement faire intervenir une autre cause.

L'opération agit-elle par troubles vaso-moteurs ? M. A. Mathieu en rapportant son observation de goître exophthalmique, dit qu'il est possible que, sous l'influence de la castration, il se soit produit une véritable déséquilibration du système vaso-moteur.

Après l'ovariotomie, les règles ont disparu, mais le mouvement périodique du système vaso

(1) Thèse Paris 1891.

moteur désormais sans aboutissant physiologique, ne peut-il pas créer une névrose vaso-motrice, telle que le goître?

La disparition de la menstruation ne pourrait-elle pas être la cause de ces troubles variés?

Furstner rappelle que chez sa malade, les règles jusque-là régulières, étaient attendues au moment de la manifestation des premiers troubles psychiques. Il se base sur cette observation pour admettre que la manie n'est pas étrangère aux troubles circulatoires cérébraux produits par la disparition de la menstruation à la suite de l'hystérectomie.

La menstruation peut exercer une grande influence sur l'état mental de la femme. Combien de jeunes filles qui ont des troubles nerveux plus ou moins apparents au moment de leurs premières règles! Il y a changement de caractère; les femmes les mieux pondérées d'esprit deviennent irritables, agacées, enervées. Comme le fait remarquer Denis, c'est au moment des menstrues que l'agitation des malades est à son maximum d'acuité dans les asiles d'aliénés. En somme, tous les troubles apportés du côté des organes génitaux, menstruation, ménopause, semblent influencer d'une manière spéciale sur les troubles psychiques. La grossesse, la lactation, toutes les maladies du système génital de la femme, semblent aussi prédisposer à toutes sortes de névroses. C'est ainsi qu'on peut être amené à comparer ces psychoses avec les troubles mentaux dus à la grossesse.

Luys écrit dans son traité pratique et clinique des maladies mentales : « La cessation de la période menstruelle donne le signal de l'explosion de certaines prédispositions morbides qui, jusqu'à ce moment, étaient demeurées latentes. »

Ball dit nettement : « La ménopause est une des causes les plus importantes de la folie chez la femme ». Le chirurgien créant une ménopause artificielle, peut donc provoquer des accidents comme la ménopause naturelle.

Cette pathogénie ne saurait être admise pour tous les cas, car souvent, même après des ovariotomies doubles, la menstruation est revenue. C'est ce qui arriva à la malade de Barwell. et la maladie n'en continua pas moins son cours.

De plus, comme le dit M. Pozzi : « A côté d'un petit nombre de cas très nets, où l'influence de l'époque menstruelle est évidente, et où l'ovaire congestionné semble être le point de départ de l'aura, par exemple, dans l'épilepsie, il en est un grand nombre où les troubles menstruels peuvent évoluer parallèlement, et où la coïncidence n'entraîne pas l'idée de causalité ».

La mutilation d'organes importants pourrait-elle être cause de ces troubles nerveux ?

Werth ne peut accepter l'explication donnée par Landau, que ces accidents sont en rapport avec les troubles fonctionnels causés par la mutilation des organes sexuels. Il rappelle sa communication du congrès de Halle, où chez trois de ses

opérées, il était absolument hors de propos, par le seul fait de leur âge très-avancé, de mettre en cause ces troubles de la fonction génitale.

Faut-il songer à mettre en cause une action biologique ?

Weiss (1) suppose que les ovaires, comme aussi les testicules, versent dans le courant sanguin une substance chimique, encore inconnue, dont la présence est nécessaire au fonctionnement régulier de notre organisme et dont l'absence détermine une série de troubles vaso-moteurs et psychiques.

C'est sur cette théorie que se sont basés un certain nombre d'observateurs, pour faire un traitement dans le genre du myxœdème avec le corps thyroïde, mais nous en reparlerons pour le traitement.

M. le Professeur Maret, de Montpellier, dit que la dénutrition qui suit l'opération, semble avoir une certaine importance sur les troubles psychiques. Pour lui, si la nutrition est peu atteinte, la folie sera temporaire ; si elle l'est gravement, elle aboutira à l'incurabilité et à la mort. Cette théorie avait déjà été entrevue par Billroth.

A ces théories insuffisantes, si on les prend chacune isolément, est venue s'adjoindre une explication psychique des phénomènes.

L'ébranlement psychique, les impressions de la malade, la crainte même de l'opération, pourraient

(1) Weiss Wien med Presse, juin 1890.

peut-être nous donner l'explication de quelques-unes de ces névroses.

On pose ce dilemme à une malheureuse qui souffre, l'opération ou la mort prochaine ; elle ne se résoud qu'après de longues et nombreuses héritions. Toutes ces influences morales contribuent certainement à ébranler le cerveau de la malade.

M. A. Mathieu, en communiquant son observation de goître exophthalmique, dit que l'inquiétude de la malade, la crainte que son opération ne réussit pas, et surtout les nombreuses émotions qui accompagnent toujours une opération peuvent être un facteur important dans la maladie de Basedow.

Peter n'a-t-il pas dit : « Le goître exophthalmique est une névrose cérébro-bulbaire où l'émotivité joue le rôle primordial et prépondérant ».

M. Mathieu signale encore un cas de goître exophthalmique chez une jeune femme. L'on doit faire remonter l'origine de tout le mal à la première nuit de ses noces, à la suite des émotions ressenties en présence de ses devoirs d'épouse.

Furstner est d'avis que, pour la plupart de ces psychoses, l'effet moral produit sur la femme a une très grande importance. M. le Professeur Debove dit que ces interventions chirurgicales peuvent provoquer des accidents hystériques, d'abord en tant que traumatismes, ensuite, par l'ébranlement

psychique considérable qu'elles occasionnent forcément.

Dans sa thèse, Vène dit que l'impression morale peut avoir une bonne part dans ces affections cérébrales. La crainte d'une opération cause une appréhension très-vive à des gens même courageux.

Même après l'opération, les inquiétudes sont encore loin d'être dissipées.

Dans l'observation II de Canu, la femme dit : Je regrette mes ovaires parce que je ne peux plus avoir d'enfant, et parce que mon mari ne trouvant plus avec moi la sensualité antérieure, m'a abandonnée depuis un mois. »

Ainsi, il y a donc des femmes chez qui les troubles nerveux proviennent du regret de ne pouvoir être mère et de ne plus exciter les mêmes désirs de la part de leur mari.

Cependant le regret de ne pouvoir avoir des enfants, ne saurait être invoqué dans tous les cas, puisque nous voyons dans l'observation V de Canu une femme qui est contente parce qu'elle ne peut plus avoir d'enfants. Malgré cela, cette femme présente des troubles nerveux vagues ; il y a donc un mécanisme complexe et, c'est dans un cas semblable que les autres explications pathogéniques reprennent leur valeur.

Tous ces différents facteurs dirigent donc leurs efforts sur le cerveau pour l'ébranler et lui faire perdre son équilibre intellectuel.

Ne pourrait-on pas faire ici une comparaison entre la suppression des ovaires, chez la femme, et l'ablation des testicules chez l'homme ? Chez l'homme aussi, il semble y avoir une relation très intime entre les organes génito-urinaires et ceux des centres nerveux.

Une lésion, même légère, peut provoquer, surtout chez des névropathes, un trouble psychique, une vraie folie avec toutes ses formes. Par exemple un individu d'un caractère doux, poli, devient grossier, intraitable, mélancolique, et maniaque. Chez les ennuqués, on constate fréquemment une mélancolie permanente et un développement des facultés intellectuelles absolument imparfait.

M. le docteur B. Guisy, agrégé à l'Université d'Athènes, nous dit que ces organes sécréteurs, testicules et ovaires, contribuent beaucoup à contenir l'équilibre entre les facultés intellectuelles et corporelles. « Les Romains, nous dit-il (1), connaissant l'importance de ces organes, à l'époque du dictateur Scylla, punissaient très sévèrement ceux qui entreprenaient l'ablation des testicules, parce que, disaient-ils, quand on enlève les testicules de l'homme, sa santé se trouble ainsi que ses facultés intellectuelles. De même, les Romains, croyant que les testicules fonctionnant physiologiquement donnent à l'homme, sa parfaite santé corporelle et psychique, défendaient l'entrée au

(1) Progrès médical, 13 juin 1896.

tribunal comme témoins, à tous ceux qui étaient dépourvus de leurs testicules, aux anorchides et aux eunuques. »

Weiss(1), nous rapporte l'histoire d'un homme âgé de 45 ans, chez lequel il a observé une série de troubles nerveux, à la suite d'une double castration pour une orchio-épididymite tuberculeuse.

Le malade, entaché d'hérédité névropathique, souffrait depuis sa jeunesse de troubles psychiques et nerveux de caractère neurasthénique. Immédiatement après la castration, tous ces symptômes disparurent et le malade se sentait gai et dispos comme jamais auparavant.

Mais après trois mois environ, sa neurasthénie revint de plus belle, et bientôt après apparurent tout-à-coup des troubles vaso-moteurs particuliers contre lesquels tous les moyens employés se montrèrent impuissants.

Le malade, au milieu de conversations très tranquilles ressent de l'angoisse, du vertige ; des bouffées de chaleur lui montent au visage, au cou et aux oreilles. Toutes ces parties habituellement pâles, deviennent turgescents, et commencent après trente au quarante secondes à sécréter une sueur profuse. Cette hypersudation dure 5 à 6 minutes, et laisse après elle une sensation profonde d'épuisement et de lassitude.

Ces faits de troubles mentaux après castration

(1) Wien med Presse, juin 1890.

chez l'homme sont aujourd'hui bien connus. Certains chirurgiens ont si bien compris la valeur morale de la perte de la fonction reproductrice, qu'ils ont essayé d'y remédier par un moyen suggestif. Ils ont créé le « testicule moral », testicule en aluminium, pour atténuer l'influence fâcheuse qu'à chez l'opéré, la perte de ses attributs sexuels. « D'ailleurs, comme dit Canu, l'homme veut rarement se laisser mutiler, quel que soit l'état de ses organes génitaux. Il y a des femmes qui sont plus dociles sur ce point, elles croient conserver leurs désirs vénériens, et surtout elles voient la possibilité d'échapper à la maternité ».

En général, pour l'ovariotomie, comme pour les autres causes d'hystérie, il faut une prédisposition. Cependant, celle-ci n'est pas toujours indispensable et le traumatisme seul semble pouvoir déterminer ces troubles.

Comme nous l'avons déjà dit, M. le professeur Debove est d'avis que les interventions chirurgicales sur les ovaires peuvent provoquer des accidents hystériques, en tant que traumatisme.

M. Werth maintient également la possibilité de l'apparition des psychoses à la suite d'opérations gynécologiques.

M. Sanger, de Leipzig, qui a eu l'occasion d'observer de nombreux faits semblables, dit que la relation psychique pouvant être la conséquence d'une

intervention chirurgicale, on doit, autant que possible, éviter ces opérations.

A quelle époque après l'opération débutent les accidents ?

Le début de ces troubles psychiques est des plus variables. Tantôt la psychose s'établit d'emblée pendant les premiers jours qui suivent l'opération, c'est ce qui semble le plus fréquent. Vène, dans ses observations a toujours vu les phénomènes apparaître du deuxième au cinquième jour. Tantôt ce n'est qu'à des époques très éloignées, après guérison complète des malades au point de vue chirurgical, et après leur sortie de l'hôpital que les troubles apparaissent. Dans l'observation de M. le professeur Debove, les symptômes d'hystérie n'apparurent qu'environ six mois après l'opération.

Guinon, dans sa thèse, nous dit : « L'hystérie se développe de deux façons principales bien différentes, sous l'influence de l'ovariotomie. Le début de la névrose peut être rapide, et se faire au milieu des accidents divers dus à l'opération, ou bien, il existe avant l'apparition de l'hystérie, une période de santé apparente ou réelle, dont la durée peut atteindre plusieurs mois. »

Ce qu'il y a d'intéressant dans la statistique de Werth, c'est justement ce qui concerne l'époque d'apparition de ces psychoses. La maladie s'est montrée une fois au cinquième jour après l'opération, une fois au huitième, deux fois au bout de

trois à cinq semaines, et deux fois après la sortie des malades qui avaient quitté la clinique, l'une 24 jours, l'autre 38 jours après l'opération.

On a remarqué que les accidents se montraient souvent au moment où les malades attendaient leurs règles. Furstner vit chez sa malade, les accidents de manie éclater le jour même où elle devait les avoir; aussi attache-t-il une grande importance à cette époque d'apparition.

Mussin dit que les accidents éclatent plutôt dès le début; cette opinion mériterait peut-être confirmation. En effet, les accidents du début, du deuxième au cinquième jour, éclatent alors que la malade est encore sous la surveillance du chirurgien; celui-ci s'en aperçoit donc toujours et c'est pourquoi les observations en sont si nombreuses. Au contraire, les accidents tardifs qui se produisent au bout de quelques mois, échappent au chirurgien. La malade est sortie de l'hôpital complètement guérie, au point de vue de l'opération, et ne rattache pas les phénomènes observés au traumatisme chirurgical. Elle ne va pas consulter son chirurgien, mais plutôt un médecin qui, le plus souvent ne cherche pas à rattacher les symptômes qu'il constate à la vraie cause, c'est-à-dire à la castration.

Aussi ne trouvons-nous que quelques rares observations de ces phénomènes tardifs; et nous croyons que les cas en seraient beaucoup plus

nombreux, si l'on pouvait revoir six mois, un an plus tard, toutes les ovariectomisées.

Ces deux variétés de début semblent donner deux formes cliniques différentes.

En effet, les chirurgiens qui ont observé des accidents de début, ont surtout constaté la manie ce qui semble indiquer que cette forme de psychose se montre plus rapidement que les autres phénomènes psychiques.

Les autres accidents, qui ne surviennent qu'au bout de quelques semaines ou quelques mois, sont plutôt observés par des médecins qui reconnaissent le plus souvent les symptômes de l'hystérie; l'observation de M. Debove vient à l'appui de notre théorie.

Ordinairement le développement de ces névroses se fait progressivement; cependant on a vu la folie éclater tout d'un coup sans aucun prodrome.

Parmi les opérations qui se pratiquent sur l'utérus et les annexes, il semble y en avoir de gravité fort différente.

M. Lucas-Championnière nous dit: « Dans l'ovariotomie normale ou castration, l'opération paraît plus grave que celle pour tumeur, et parmi les ovariectomies pour castration, celles faites chez des hystériques, avec douleurs ovariennes intenses, paraissent plus graves que celles faites pour corps fibreux. »

Les accidents semblent augmenter graduellement de l'ovariotomie à la castration, et de la cas-

tration à l'hystérectomie. M. Lucas-Championnière dit que les nerfs de l'utérus, étant plus nombreux que ceux de l'ovaire, l'hystérectomie doit occasionner des troubles plus fréquents.

ÉTUDE CLINIQUE

De l'étude des différents troubles nerveux observés après l'ovariotomie, se dégagent deux faits principaux :

1° Dans les observations on retrouve un certain nombre de phénomènes qui frappent par leur fréquence ;

2° Les symptômes, chez chaque malade, se groupent de façon variable, au point de simuler les névroses communes.

M. E. Canu (1), dans sa thèse inaugurale, grâce à l'autorité de M. le docteur Le Bec a pu obtenir de nombreux renseignements d'un grand nombre d'anciennes opérées. Il a dressé une statistique des principaux symptômes et accidents qu'il a retrouvés le plus fréquemment dans les réponses d'anciennes ovariectomisées.

(1) Thèse Paris, 1896.

Les bouffées de chaleur, la diminution des forces, l'irascibilité, l'essoufflement, les palpitations, les troubles de la vue, tels sont surtout les symptômes constatés par Canu. Nous retrouvons bien ces mêmes symptômes dans les observations que nous avons pu recueillir, et nous allons essayer de les présenter suivant leur ordre de fréquence,

Les vapeurs et bouffées de chaleur causent aux malades des tortures épouvantables, surtout lorsqu'elles sont très fréquentes. Comme le fait remarquer Canu, ces vapeurs ont l'air étroitement liées à la suppression des règles, puisqu'elles n'existent pas chez les opérées réglées. Dans notre observation personnelle, nous avons constaté que ce symptôme s'exagérait au moment de la menstruation. Dans le cas de goitre exophthalmique de M. Mathieu, la malade prétend que ces poussées congestives se montrent au moment où elle devrait avoir ses règles.

Chavin (1), dans sa thèse inaugurale, nous dit que non seulement ces vapeurs apparaissent à l'époque présumée des règles, mais encore lorsque la malade est fatiguée,

Ces bouffées de chaleur surviennent plusieurs fois dans la journée, elles peuvent se montrer toutes les heures, toutes les demi-heures. Quelque-

(1) Thèse de Paris.

(2) Thèse de Paris, juin 1896. Traitement des troubles consécutifs à la castration.

fois ces troubles sont constants, ils apparaissent tous les jours, et le plus souvent sont accompagnés de sueurs et de frissons.

Dans l'Obs. II de Canu, une femme se plaint d'avoir des vapeurs constantes, accompagnées de sueurs abondantes telles que la chemise devient toute mouillée, survenant une dizaine de fois le jour, et une vingtaine la nuit.

Elle a des démangeaisons succédant à des sudamina depuis dix jours.

La disparition de la menstruation amène aussi la congestion de tous les organes. Les poumons semblent particulièrement atteints, car l'essoufflement est très fréquent.

On observe assez souvent des hémorrhagies, surtout à l'époque des règles ; Lissac les rapproche des hémorrhagies supplémentaires. Les hémoptysies semblent les plus fréquentes ; nous les avons observées chez notre malade, et Canu les a notées par hasard sans avoir l'air d'y attacher une grande importance.

Ces hémoptysies généralement peu abondantes surviennent quelquefois au moindre effort, comme celui de se moucher ; ou après une toux plus ou moins forte. Le sang est le plus souvent de couleur rouge vif, quelquefois un peu noir.

Les crises d'oppression avec dyspnée sont relatées dans notre observation personnelle. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce symptôme, c'est que l'auscultation du poumon ne donne rien, ce qui

semble bien indiquer que cette dyspnée serait d'essence nerveuse,

A ces crises d'oppression, se joint souvent une toux convulsive, qui est sèche, ou quelquefois accompagnée d'une expectoration abondante de crachats blancs et visqueux, comme nous le voyons chez la malade de Lossen.

Les palpitations sont rapportées un certain nombre de fois, le plus souvent avec accélération du pouls qui a pu aller jusqu'à 130 pulsations et cela sans la moindre fièvre.

L'observation de M. le professeur Debove nous montre un cas type d'hémianesthésie, la douleur de la fosse iliaque est également signalée chez la même malade. Canu, chez plusieurs de ses anciennes opérées, retrouve bien ces symptômes de l'hystérie.

Un certain nombre de femmes déclarent avoir la vue touchée; l'acuité visuelle est diminuée; souvent il y a une très forte amblyopie. Pour Canu, ces troubles visuels auraient quelque chose de sénile.

En dehors de ces troubles, il y a fréquemment des hallucinations de la vue. La malade croit voir des choses effrayantes; elle a des cauchemars épouvantables, ce qui est pour elle une cause d'insomnie. M. le docteur Loumeau dit que chez sa malade les hallucinations de la vue furent de nature terrifiante.

L'anorexie est également un phénomène si-

gnalé. La malade de Furstner refusait énergiquement toute nourriture. On dut la nourrir à la sonde, et cela avec les plus grandes difficultés, car la malade menaçait de mort quiconque essayait de la faire manger.

Les troubles digestifs peuvent être liés à la constipation qui chez au moins un tiers des malades est très opiniâtre.

Comme le fait remarquer Martin(1), ce qui frappe surtout chez la plupart des opérées, c'est leur agitation. Au lieu d'être anéanties, presque inertes, comme après tout traumatisme grave, elles sont, au contraire, très surexcitées.

Ce symptôme d'agitation se retrouve dans un grand nombre d'observations. Barwell, Furstner en sont frappés, et ce dernier ajoute même que cette agitation était du type de la manie aiguë progressive.

Quelquefois les malades ont un bavardage incessant; elles causent des heures entières, et font le désespoir de leur entourage. D'autres sont continuellement en mouvement; elles passent leur temps à marcher, s'asseoir, se coucher, sans jamais rester longtemps à la même place.

Certaines malades agitées pendant le jour, sont à peu près calmes la nuit; mais d'autres sont plus agitées, surtout à l'approche du matin l'agitation se transforme en une véritable rage.

(1) Thèse de Paris, 1888.

Les unes ont une agitation relativement calme ; d'autres, au contraire, sont dangereuses pour leur entourage, qui est obligé à une grande surveillance auprès de la malade.

Les crises nerveuses sont fréquentes et peuvent frapper la malade à chaque instant. Tout est motif pour une crise : la moindre contrariété, un changement de température peut provoquer ces attaques, qui ne durent souvent que quelques minutes, mais qui peuvent se prolonger beaucoup plus longtemps. Ces crises peuvent aussi bien se montrer la nuit que le jour.

Le tremblement est aussi un phénomène fréquemment observé. Le plus souvent, ce symptôme ne se présente que lorsque la malade est en mouvement, mais fréquemment aussi les oscillations grandes ou petites sont continues.

La malade de Mathieu avait les mains animées d'un tremblement, à petites amplitudes, mais à vibrations rapides.

La plupart des malades ont de l'insomnie, due le plus souvent à des vapeurs ; d'autres ont des cauchemars plus ou moins terrifiants.

La diminution des forces est effrayante, et cette asthénie neuro-musculaire met la femme dans l'impossibilité absolue de pouvoir travailler.

Les maux de tête sont presque toujours très violents, il y a aussi de la rachialgie. Cette céphalée peut être presque continue, avec quelques rares intermittences.

Ce que l'on rencontre aussi très fréquemment, c'est le changement de caractère de la femme. Très douce avant l'opération, elle devient irritable, dissimulée, menteuse, elle essaie de semer partout la brouille et la discorde.

La femme devient mélancolique ; elle n'a plus aucun goût pour le travail ou le plaisir ; tout lui est indifférent. Tel est le cas de la malade de M. le docteur Loumeau, qui, avant l'opération, partageait son temps entre les travaux du ménage et les distractions intellectuelles, et qui, aujourd'hui, n'a plus de goût pour rien.

L'irascibilité et l'hypochondrie sont presque constantes ; telle malade est d'une gaîté frisant la démente ; telle autre est hypochondriaque.

Cette hypochondrie peut être due à la perte des ovaires, la femme a conscience de son inutilité. Elle sait qu'elle ne peut pas procréer, elle qui voudrait si bien avoir des enfants ; cette idée fixe la domine, et rien autre chose ne peut l'intéresser.

Quelques femmes châtrées ont des idées de suicide ; quelques-unes passent même à l'exécution.

Quel est l'état génésique de la femme après cette opération ?

Chez certaines femmes, l'appétit génital reste plus ou moins excité. Canu nous dit qu'après la castration, il y a pendant un certain temps une hyperesthésie génitale ; mais généralement après un an environ, succède un calme plat, absolu.

Cette opinion de Canu semble exagérée. Si nous

nous reportons à l'observation V de Jayle, nous trouvons qu'une femme opérée en Février 1893, a de l'hyperesthésie vénérienne en Janvier 1896, c'est-à-dire près de trois ans après.

Un des signes qui a frappé le plus M. Lucas-Championnière (1), comme accident consécutif aux opérations gynécologiques, c'est le crachotement. Ce reflexe guttural se retrouverait presque constamment au milieu des accidents consécutifs à ces opérations ; on ne le retrouverait que dans ce genre d'intervention chirurgicale.

Les malades disent qu'elles ont besoin de rendre un gros crachat, et qu'elles ne peuvent y réussir, et quand elles ont pu cracher, le besoin persiste presque aussi insurmontable. Pendant les deux premiers jours, la malade allait bien, puis tout à coup elle se met à crachoter au milieu de l'agitation, son pouls bat à 110, et cependant la température n'a pas varié.

Puis l'agitation s'accroît encore, et il y a même des crises nerveuses avec perte de connaissance.

Maintenant que nous avons passé en revue les phénomènes consécutifs à l'ovariotomie, nous allons essayer de les grouper méthodiquement. Ce qui semble faire la difficulté de ce groupement, c'est que les troubles nerveux ne se présentent pas tous à la fois, à la même époque, et ne suivent pas la même marche chez toutes les malades.

(1) Bulletin de la Société obstétricale de Paris, 1888.

Cependant un certain nombre de symptômes toujours les mêmes et groupés ensemble constituent bien une forme clinique spéciale.

Tels sont les symptômes que l'on peut rencontrer chez les ovariectomisées ; maintenant que nous connaissons leur nature, voyons comment ils se groupent entre eux :

1° Parfois l'aspect clinique est celui de l'hystérie.

Nous retrouvons la boule hystérique, les crises nerveuses, les paralysies à forme hémiplégique, l'hémoptysie, la toux, l'anorexie, les troubles de la vue, enfin tous les stigmates de la grande névrose.

Les faits que nous avons pu recueillir peuvent se grouper en quatre chapitres différents :

(4) Il est facile de comprendre que les crises peuvent être exagérées chez une ancienne hystérique, les observations XXVI et XXXI de la thèse de Canu peuvent nous le prouver.

OBSERVATION I

Observation XXVI de Canu.

Mme H..., 32 ans, ménagère, opérée en 1894 par M. X., à la Pitié : Hystérectomie vaginale.

Femme prévenue préalablement.

Trois accouchements, deux fausses couches. La dernière grossesse à terme en 1892.

Avant l'opération.

Douleurs continues dans l'abdomen, accrues par la marche, le travail, rappelant la sensation de piqûres multiples. Rien dans les jambes, les cuisses, le dos, les articulations.

Père nerveux. Convulsions dans l'enfance; après son mariage, l'opérée a eu des crises convulsives sans pertes de connaissance, sans écume aux lèvres, d'une durée de cinq minutes en moyenne, survenant après une contrariété. Sommeil très difficile. Céphalalgie; mémoire peu fidèle depuis une fièvre typhoïde; vue bonne; impressionnabilité excessive.

Poumon, cœur rien.

Nausées et constipation.

Règlée à 17 ans, régulièrement, peu abondamment, leucorrhée abondamment, verdâtre.

Rapports sexuels faciles, normaux.

Après l'opération.

Les douleurs réapparaissent après une fatigue; les forces ont disparu. L'opérée est obligée de cesser ses occupations de femme de ménage.

Les symptômes nerveux sont accrus. Les crises nerveuses convulsives sont devenues bien plus fréquentes sans augmenter de durée. Elles sont également plus violentes.

Au moment des règles, pas de céphalalgie. Sommeil lourd; la mémoire est perdue, ce qui empêche l'opérée

d'être employée longtemps par les personnes qui la font travailler, elle oublie tout et c'est pour elle une calamité. La vision de l'œil droit est mauvaise et de l'œil gauche presque nulle.

Impressionnabilité extraordinaire, irascibilité telle que l'opérée est très désagréable pour ceux qui l'emploient. Anesthésie temporaire des membres, suivie d'hyperesthésie, d'excitation nerveuse.

En ce moment la malade nous apparaît avec un facies abruti, annonçant l'affaiblissement de ses facultés.

Essoufflement rendant le travail impossible.
Palpitation. Nausées. Digestion pénible. Constipation diminuée.

Senilité exagérée.

Règles supprimées, leucorrhée intermittente.

Rien du côté de la vessie.

Rapports sexuels impossibles par atresie vaginale, ils causent des douleurs intolérables. De ce fait, ennuis particuliers. Désirs vénériens supprimés.

J'aimais beaucoup, dit l'opérée, mes enfants avant mon opération, maintenant mes sentiments ont changé. Aujourd'hui je ne suis plus avec eux ce que j'étais autrefois, La famille et mon mari ne déterminent plus chez moi la même affection. J'aime mieux être seule, je n'ai pas d'idées tristes, l'opération m'a changée.

OBSERVATION II

Observation XXXI de Canu.

Mlle S..., 21 ans. Paris, opérée à Cochin par M. X...,

en 1895, pour ovarite? Hystérectomie vaginale d'abord, puis laparatomie 12 jours après son entrée à l'hôpital.

Anémique, traitée comme telle à Broussais par M. le docteur Chauffard en 1886.

Un accouchement en avril 1895, à Cochin.

Avant l'opération.

Souffrait au niveau des ovaires à gauche beaucoup plus qu'à droite, d'une douleur rappelant la sensation d'un tiraillement, journalière et constante, depuis juin 1895 empêchant la marche. Douleurs dans les cuisses, le rachis.

La malade a eu depuis l'âge de 16 ans des crises nerveuses caractérisées par des chutes avec convulsions, sans perte de connaissance, sans écume ni morsure et durant de 15 à 30 minutes, survenant tous les trois jours. Céphalalgie légère, tous les 8 jours en moyenne. Le côté gauche était extrêmement sensible au toucher depuis le talon jusqu'à l'épaule.

Inappétence, digestion facile. Pas de constipation.

Rapprochements sexuels faciles, agréables, non douloureux.

Réglée à 17 ans et demi régulièrement, peu abondamment. Leucorrhée verdâtre, nauséabonde.

Après l'opération.

Plus de douleurs abdominales, mais douleur lombaire légère, plus forte dans le rachis. Maux de têtes atroces, journaliers, sans discontinuité. Tremblements nerveux fréquents au moindre effort. Crises nerveuses presque tous les jours plus fortes qu'avant l'opération, plus convulsives.

Sommeil agité, lourd après une fatigue. La mémoire est restée bonne mais la vue a légèrement baissé. Idées noires, craint la solitude, songe à absorber du poison. Pleurs sans causes. L'hyperesthésie a disparu, et, à droite dans tout le côté, depuis le pied jusqu'à la tête, hémianesthésie complète. La force musculaire est moins conservée à droite. Vapeurs toutes les trois heures en moyenne. Force à peu près disparue, ne pourrait pas reprendre sa profession de brocheuse.

Essoufflement ; en se déshabillant la malade fait un effort suffisant pour se trouver oppressée.

Indigestions, mais l'opérée mange énormément.

Mictions sans douleur.

Le ventre est plat, non ballonné, avec une horrible cicatrice qu'on dirait causée par un éclat d'obus.

Le vagin est diminué dans tous ses diamètres. Au fond on sent une proéminence de tissu cicatriciel, douloureux pendant le coït.

A part ce détail, les rapprochements sont faciles, agréables, les désirs vénériens ont considérablement augmenté. L'opérée reste inassouvie. Le coït se termine toujours par une crise-nerveuse, qui suit immédiatement le spasme vénérien, et qui quelquefois le remplace. Il n'y a pas encore un an que l'opération a eu lieu. Dans six mois, cette femme n'éprouvera plus rien ; ce qui est absolu pour toutes les opérées de 18 mois et plus que nous avons vues.

L'opérée, à la fin de l'observation, écrit et signe la note suivante :

Je déclare que M. X... ne m'a pas informé qu'il allait me châtrer ; c'est la suppléante qui m'a appris que je n'avais plus d'ovaires, que je ne pouvais faire d'enfants.

M. X... m'a dit qu'une opération était nécessaire sans me dire laquelle.

(B) L'hystérie guérie peut être reveillée par le traumatisme opératoire. Il n'y a encore rien là que de facile à comprendre, et l'Observation XXXIV de la thèse de Canu peut nous fixer à ce sujet.

OBSERVATION III

Observation XXXIV de Canu.

Madame D... 31 ans, opérée chaque fois par M. X... à Broca.

Première opération, résection d'adhérences en 1892.

Deuxième opération, hystérectomie vaginale en 1893.

Femme prévenue préalablement.

Quatre accouchements, deux fausses couches.

Le quatrième accouchement en 1890 a été suivi de métrite, de bartholinite, d'ulcération du col.

Début des douleurs en 1889, siégeant sur le milieu du ventre à sept centimètres au-dessous de l'ombilic, donnant une sensation de pesanteur, et dans le flanc droit où elles étaient lancinantes, au moment des époques seulement. Pendant ces périodes, j'avais mal aux seins, entre les deux épaules, dans les jointures du genou, de la hanche.

Antécédents nerveux du côté du père.

A 17 ans et demi, crises nerveuses causées par une frayeur. La malade tombe dans un endroit qu'elle choisit, ses muscles se contractent, le corps prend la forme d'une

voûte. Pas d'écume, de perte de connaissance, la crise dure deux heures au bout de laquelle larmes et émissions d'urines incolores. Ces crises se répètent à intervalles irréguliers, en moyenne deux fois par mois. Elles disparaissent à ma première grossesse.

Avant ma première opération.

Tremblements nerveux sans crise, boule épigastrique, migraine, sommeil normal, mémoire bonne.

Caractère gai, plus de crises de pleurs. Insensibilité du côté gauche. Travail manuel facile à cause de la force musculaire. Vue très bonne.

Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement. Pertes blanches non colorées. Rapports sexuels faciles, mictions normales.

Ni essoufflement ni palpitation.

Pas de vomissements, de nausées, seulement inappétence et digestion difficile.

Après la résection des adhérences, réapparition des crises nerveuses, et au bout de trois mois les douleurs s'accroissent constamment jusqu'à devenir intolérables. Elles étaient alors quotidiennes, se manifestaient la nuit comme le jour. On aurait dit que l'on m'enfonçait des couteaux dans le ventre. J'éprouvais la sensation d'un animal me dévorant les entrailles. J'avais en plus des pertes utérines sanglantes pendant 22 jours par mois et une poche purulente qui s'est vidée par le rectum deux jours avant mon hystérectomie.

Après l'hystérectomie.

Actuellement pesanteur dans le bas-ventre et douleurs

lancinantes, énervantes, constantes au niveau de l'ovaire droit, par moments généralisées dans tout l'abdomen qui devient douloureux à la pression et ballonné. Douleurs lombaires tellement violentes qu'elles empêchent les mouvements du rachis, constantes, la nuit comme le jour, mais variant d'intensité. Sensation d'étranglement au niveau du larynx, secousses nerveuses, congestion douloureuse de la gorge, aphonie, impressionnabilité exagérée. Sensibilité au froid; vapeurs particulièrement au moment des époques, accompagnées de sueurs ruisselantes, de picotements sur toute la peau. Aptitude au travail extrêmement diminuée à cause de la disparition des forces. Mon ménage me semble difficile à faire. Autrefois, je vernissais des meubles au tampon et je cardais des matelas. Le sommeil est bon, mais la vue a considérablement baissé.

Règles supprimées, mais écoulement jaunâtre parfois infecte. Rapports sexuels impossibles. Insensibilité vaginale.

Douleurs au moment d'uriner et après la miction.

Urines tantôt troubles, tantôt purulentes.

Sensation de striction thoracique. Etouffements causés par une sensation de pesanteur au creux de l'estomac. Etouffement au moindre effort. Crachats sanglants. Du nez sortent des matières purulentes nauséabondes.

Palpitation. Inappétence, digestion difficile

Ceinture abdominale obligatoire.

L'exercice de ma profession est au-dessus de mes forces. L'opération, par la suppression des désirs vénériens et le rétrécissement du vagin, m'attire bien des désagréments dans mon ménage. J'estime que ma première opération m'a rendue beaucoup plus malade que je ne l'étais auparavant.

vant. Actuellement, ma situation est plus mauvaise. Par comparaison, je constate que mon état va en s'aggravant.

(C) L'observation fait apparaître l'hystérie chez une prédisposée, comme dans notre observation personnelle.

OBSERVATION IV

(Personnelle).

Anna G..., veuve H..., 35 ans, couturière, entre le 21 mars 1892, baraque 6, lit n° 17 *bis*, à l'hôpital Cochin, pour des troubles nerveux multiples.

Antécédents héréditaires : Mère un peu nerveuse, mais sans crises. Père fort, vigoureux ; semble avoir fait des excès de boisson.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Régulée à partir de 14 ans, toujours régulièrement. A toujours été un peu émotive, facilement irritable, mais sans crise.

En 1880, à la suite d'un accouchement, arrivent des douleurs dans le bassin, continues, surtout prononcées pendant la marche, se calmant pendant le repos. Paroxysme des douleurs au moment des règles.

Le 19 décembre 1891, cette femme subit l'hystérectomie totale avec ablation des ovaires. Un mois après, elle part guérie pour le Vésinet.

Pendant les cinq semaines qui suivirent l'opération, la malade se porta très bien ; mais peu à peu la douleur revint, empêchant la malade de reprendre son travail.

Etat actuel. — La malade accuse une douleur extrême-

ment vive au niveau de la partie inférieure de la fosse iliaque gauche. L'examen à l'œil nu ne révèle rien d'anormal, ni tuméfaction, ni empâtement ; la région ne présente ni coloration anormale, ni circulation sous-cutanée. Le palper est extrêmement douloureux ; dès qu'on veut examiner cette malade au moment où les doigts arrivent au contact avec la paroi abdominale, les muscles de cette paroi se contractent énergiquement, empêchant tout examen des plans profonds de la région. La douleur présente son maximum, à trois travers de doigts au-dessus du pli de l'aîne, à égale distance à peu près de la ligne médiane du corps, et de la crête iliaque. De là, la douleur descend le long de l'arcade crurale gauche, et va en s'atténuant vers le petit bassin. Par le toucher vaginal, la douleur produite vers le cul-de-sac gauche est beaucoup moins vive que du côté de la peau ; on ne trouve d'ailleurs pas d'empâtement de la région. En somme, la douleur semble donc plutôt siéger dans les plans superficiels que dans les plans profonds.

La malade présente depuis son opération un état de névosisme exagéré. Cinq semaines après son opération, elle a commencé à devenir inquiète, énervée ; elle s'irritait beaucoup plus facilement qu'avant son opération.

L'examen révèle l'existence de zones hystérogènes ovariennes droite, sus et sous mammaires des deux côtés et dans les lignes axillaires. La pression en ces points détermine une douleur vive avec sensation d'oppression. La malade accuse en outre une sensation de boule qui l'étrangle, phénomènes qu'elle aurait ressentis pour la première fois il y a trois semaines. Les troubles de la sensibilité consistent uniquement en une hyperesthésie assez marquée de tout le côté gauche du corps. Pas de rétrécis-

sement du champ visuel (recherché sans compimètre, à l'aide du doigt). Pas d'abolition du réflexe pharyngien. Pas de crises nerveuses. Palpitations très accentuées, très violentes et très douloureuses pour la malade qui croit que son cœur va se rompre. Ces palpitations arrivent par crises, sans cause appréciable, alors même que la malade reste au lit.

Au moment présumé des règles, les phénomènes douloureux s'exagèrent : douleur à l'épigastre, palpitation, sentiment très vif d'oppression.

1^{er} avril. Époque menstruelle. Crise d'oppression extrême, respirations fréquentes, mais superficielles sans toux ni expectoration.

L'examen de la poitrine reste muet. Calmée par des sinapismes sur les membres inférieurs. N'a disparu complètement qu'au bout de 48 heures.

28 avril. Nouvelle époque menstruelle. Même crise d'oppression avec bouffées de chaleur extrêmement pénibles.

Douleur très vive à l'épaule droite. L'application de teinture d'iode est suivie immédiatement, au bout de quelques heures, d'une éruption d'urticaire généralisée.

27 mai. La malade retourne au Vésinet.

(D) Mais l'opération peut même créer de toutes pièces l'hystérie chez une femme non nerveuse ; nous en avons la preuve dans les observations XVI, XXIII et XXXIII de Canu, et dans celle de M. le professeur Debove.

OBSERVATION V

Observation XVI, de Camu.

Emilie G..., 20 ans, née en Westphalie le 31 mars 1876, opérée le 11 mai 1895, à Necker, pour hématocele, salpingite double et grossesse extra-utérine. Hystérectomie vaginale. Prévenue des conséquences opératoires.

Une fausse couche de 5 mois en 1894.

Anémie de 12 à 16 ans.

Avant l'opération.

Au moment de l'opération, douleurs peu aiguës, supportables, dans les régions ovariennes ; mais terribles, donnant la sensation d'un déchirement intra-musculaire et constante dans les cuisses.

Névralgies céphaliques et dentaires de 12 à 16 ans. Cryesthérie, bourdonnements d'oreilles ; pas de crise nerveuse. Etat général bon.

Vomissements rares, nausées fréquentes ayant pour cause une constipation opiniâtre, de 15 jours parfois. Appétit bizarre.

Pas d'essoufflement, de palpitations.

Réglée à 9 ans. Menstrues douloureuses, durant huit jours, de 12 à 14 ans elles viennent tous les quinze jours. Pas de leucorrhée. Rapports sexuels douloureux, surtout au moment des règles.

Mixtions normales.

Ganglions carotidiens rappelant la scrofule.

Après l'opération.

Plus de douleurs quand la constipation cesse, elles réapparaissent quand elle reprend, région lombaire douloureuse obligeant l'opérée à un séjour au lit. Douleur scapulaire à gauche, arthralgie.

Crises durant de 3 à 24 heures, survenant au moment des époques, à la moindre contrariété. En moyenne, 8 à 10 par mois, débutant par une striction thoracique, une sensation d'étranglement au larynx. Contracture musculaire, pleurs, cris, sans chute. Les yeux se voilent, les membres tremblent convulsivement, le cœur bat violemment et la respiration est très difficile.

Céphalalgies presque journalières, combattues par l'antipyrine, le bromure de K. La mémoire est perdue, la vue a baissé, l'œil droit est amblyopique. Le sommeil est impossible la nuit à cause des cauchemars terrifiants. Une sensation insupportable de chaleur a remplacé la cryesthésie. Caractère aigri, un rien cause des crises nerveuses allant du tremblement à la crise convulsive. Rires, pleurs sans motif. Anesthésie du côté droit pendant trois ou quatre jours à la suite des grandes crises. Idées de suicide tourmentant l'opérée, lui faisant une existence atroce, l'obligeant à se cacher chez des voisins où elle espère le calme moral.

Digestion difficile; éructation; goûts bizarres.

Palpitations très-fortes, tous les deux jours. en moyenne, mais survenant au moindre effort. Sensation de chaleur survenant toutes les cinq minutes, suivie de moiteur, de sueurs et de frissons. Cyanose cutanée généralisée au moment des vapeurs.

Essoufflement, oppression constante, sans toux.
Seins douloureux empêchant le port du corset.

Mictions normales.

Rapports sexuels possibles, agréables; le coït procure le calme, fait cesser les troubles nerveux. La passion génitale est très-surexcitée.

OBSERVATION VI.

Observation XXIII de Canu

Mlle M..., 33 ans. journalière; ablation bilatérale des annexes pour salpingite; opérée il y a un an par M. X... à Cochin; On l'a opérée sans l'avertir qu'on lui enlevait les ovaires, sans l'informer qu'elle n'aurait plus d'enfant. Elle a connu sa situation par la surveillante.

Un accouchement le 13 février 1887. Normal.

Pas d'autres antécédents.

Avant l'opération.

Douleurs abdominales dans les deux flancs, rappelant la sensation d'une contusion, disparue immédiatement avant l'opération, car la malade se reposait depuis quatre mois à l'hôpital. Les douleurs lombaires et crurales étaient elles-mêmes disparues, mais les douleurs articulaires restaient persistantes. Pas de symptômes nerveux.

Vomissements rares au moment des règles. Constipation de 3 à 4 jours.

Cœur rien, poumon rien.

Réglée à 14 ans 1/2, bien réglée sans douleur. Pas de

leucorrhée, mais perte jaunâtre en 1895. Alors rapports sexuels douloureux et mictions douloureuses pendant les pertes jaunâtres.

La malade se sentait une tumeur dans le flanc gauche.

Après l'opération.

Douleurs dans les deux flancs et la région ombilicale, tous les jours, par accès, au moindre effort, s'exaspérant par la fatigue, donnant à la malade l'idée qu'un rat lui ronge les entrailles; ayant son maximum sur un plan à un centimètre au-dessus de l'ombilic et à cinq travers de doigt en dehors de la ligne médiane, s'irradiant dans les lombes, les cuisses, suivant la distribution du génito-crural.

Douleurs articulaires rappelant le rhumatisme chronique, localisées dans les grandes jointures. Céphalalgie frontale journalière, vue faible, la malade veut porter des lunettes. Sa vue était bonne avant l'opération, insomnie constante. La mémoire disparaît progressivement.

Idées noires, craint la solitude, pleure sans motifs.

Cryesthésie dorsale.

La malade a eu après son opération des crises nerveuses rappelant l'hystérie. Actuellement le côté droit est hyperesthésié, douloureux. Pas de vapeur; démangeaisons accompagnées d'irruption sur toute sa surface du corps, et quand la malade se gratte, la peau devient anesthésiée. Diminution considérable des forces, peu de goût pour le travail. Striction trachéale, secousses nerveuses au moment du sommeil. Écoulement utérin sanglant et assez abondant durant quinze jours par mois. Dans l'intervalle, écoulement jaunâtre, purulent, nauséabond.

Insensibilité genitale absolue pendant le coït, suppression des désirs vénériens.

Mictions peu fréquentes, mais douloureuses. Urines troubles. Rapports sexuels possibles, non douloureux.

Rien au poulmon.

Cœur rien, étourdissements dus à des troubles circulatoires, lipothymies assez fréquentes rappelant celles de la femme enceinte. OEdème des malléoles après une fatigue.

Pas de souffle.

Nausées, rarement vomissements, constipation rebelle aux purgatifs, inappétence, digestion lente provoquant du pyrosis.

OBSERVATION VII

Mme M..., 30 ans, opérée en 1891, à la Salpêtrière.

D'abord un curettage, puis une ovariectomie.

On m'a enlevé les ovaires sans me prévenir, je l'ai su plus tard par la surveillante.

Réglée à 12 ans, régulièrement durant huit jours.

Trois accouchements.

Six semaines après le dernier accouchement, écoulement peu abondant jusqu'à mon curettage après lequel l'écoulement redouble d'intensité. J'étais faible, mais je ne souffrais pas du ventre, des reins, des cuisses.

Rapports sexuels faciles, non douloureux. Aucun symptôme nerveux, pas d'irascibilité, grande aptitude au travail. Je pouvais veiller sans fatigue et cela journellement.

Rien au cœur, aux poulmons. Pas de nausées, mais

constipation de trois jours de temps à autre. Bon appétit, digestion parfois difficile.

Après l'opération, je souffre partout au moment des règles qui sont supprimées. On dirait des boules de sang qui pressent, qui cherchent une issue, La douleur est lancinante, énervante. Elle paraît cesser dans le ventre quand je souffre ailleurs. A la moindre fatigue je souffre dans le dos, les reins, les jointures. Je suis souvent obligée de me coucher.

Depuis mon opération, j'ai parfois les jambes enflées. Je sens une boule me remonter du nombril au cou et m'étouffer : la boule s'arrête souvent au creux de l'estomac. j'ai des tremblements nerveux, des crispations à la moindre contrariété. Depuis quelque temps, il m'arrive de m'évanouir, maux de tête constants, énervants.

Trois mois après mon opération, écoulement purulent par l'oreille gauche qui est devenue peu sensible, picotement dans les yeux, maux de gorge répétés. Sommeil lourd ou agité, pas de cauchemars terrifiants. Par moments la vie me dégoûte.

Sensibilité au froid, vapeurs suivies de moiteur une ou deux fois par semaine et durant une partie de la journée. Je ne suis plus à mon travail, je suis aigrie, hargneuse sans pouvoir m'en empêcher. Mes forces ont diminué, le moindre effort me fatigue.

Les rapports sexuels sont douloureux, les désirs vénériens sont supprimés.

Etouffements fréquents. Ventre ballonné. Constipation, appétit fantasque, digestion pénible.

Ceinture abdominale, sénilité précoce. Tous ces maux sont survenus depuis mon opération.

OBSERVATION VIII, de M. le professeur Debove (1)

La malade est âgée de 38 ans. En décembre 1889, on lui a enlevé les deux trompes et les deux ovaires qui furent trouvés altérés. Elle guérit parfaitement, et ses règles ne revinrent plus.

Le 20 juin 1890, elle eut sa première attaque de nerfs, qui, depuis cette époque, a été suivie d'un certain nombre d'accès.

Or, jamais on n'avait constaté aucune attaque ni aucun signe d'hystérie avant l'opération, il n'y avait qu'une certaine émotivité.

Au moment où M. Debove a examiné la malade, elle présentait une hémianesthésie droite avec la douleur de la fosse iliaque, de la douleur ovarienne. Ce fait montre, nous dit l'observateur, que cette douleur n'est pas toujours ovarienne, ce que l'on pouvait supposer, étant données les observations de douleurs analogues chez l'homme.

Et cependant, il s'agit bien d'une douleur présentant les caractères dits de la douleur ovarienne; la compression fait naître une attaque et l'application d'aimants amène le transfert de la douleur en question.

C'est à cette même séance, présidée par M. Desnos, que celui-ci dit avoir vu deux fois l'aliénation mentale suivre l'opération de l'ovariotomie.

2° Ailleurs on trouve le syndrome de la neurasthénie avec ses stigmates.

(1) Soc. méd. des hôpitaux, 18 novembre 1892.

La céphalée est le symptôme constant, la malade a la sensation d'un casque qui lui entoure la tête. Le plus souvent, cette céphalée n'est pas très violente, mais elle est continue. Elle est souvent accompagnée de bourdonnements d'oreilles et de vertiges.

Il y a de l'insomnie due le plus souvent aux bouffées de chaleur, et surtout des cauchemars plus ou moins terrifiants.

Les troubles dyspeptiques sont fréquents, il y a de l'inappétence, de la diarrhée, les digestions sont difficiles.

Un autre symptôme encore très important, c'est le changement de caractère, la femme est devenue irascible, parfois même hargneuse.

Il y a aussi de l'asthénie neuro-musculaire. Le travail est plus difficile, moins rapide; la malade commence toutes sortes de choses qu'elle ne finit jamais.

Nous montrerons tous ces caractères de la neurasthénie, en plaçant ici les observations XIV, XXVIII et XXXII de Canu :

OBSERVATION IX

Observation XIV de Canu.

Mme B..., couturière, 37 ans, opérée à Broca, par M. X. en 1893. Ovariectomie totale, ablation des annexes. C'est après l'opération qu'elle a su qu'on l'avait rendue stérile, qu'on l'avait châtrée. On l'a informée de cela le lendemain.

Pas de couche ni de fausse-couche.

A toujours été anémique, a pris du fer, du quinquina.

Péritonite en 1882, et trois pelvi-péritonites successives,

Avant l'opération.

Depuis 1882, douleur de chaque côté du ventre, au niveau des ovaires, par crises durant deux à trois heures, au moment des règles, analogues à des morsures internes, obligeant au repos, tantôt plus fortes à droite qu'à gauche et réciproquement. Tout le ventre était douloureux. Irradiation dans le sacrum, les cuisses, surtout à droite. Douleur sourde entre les deux épaules, rappelant une courbature.

Règles à 11 ans, irrégulières, pâles, variables dans leur abondance. Pas de leucorrhée ; toucher vaginal douloureux.

Rapports sexuels douloureux.

Ventre ballonné, douloureux à la pression.

Tremblements nerveux, crises sans perte de connaissance avec pâleur de la face ; convulsions sans morsure de la langue, sans écume, sans cri, avec chute sur le côté droit, survenant trois à cinq fois par jour étant enfant, ayant cessé au moment du mariage. Quelque temps avant l'opération, réapparition des crises. Névralgie céphalique pendant l'hiver. Sommeil agité, mémoire bonne, caractère gai, force musculaire normale, résistance à la fatigue.

Pas d'échauffements, rien de pulmonaire. Quelques palpitations avant l'opération, accompagnées d'essoufflement. L'appareil digestif fonctionne bien ; cependant constipation traditionnelle.

Après l'opération.

Les crises douloureuses ont diminué de durée sans diminuer d'intensité, toujours les douleurs sont comparables à des morsures, fréquence sans changement. Elles existent à la place des ovaires. L'irradiation du côté du sacrum est terrible, extraordinairement accrue, oblige la malade à garder le lit de un à trois jours au moment des règles. Aggravation du côté des cuisses, sans changement entre les omoplates. Le décubitus est impossible sur le côté gauche où il provoque des troubles circulatoires.

Pas de changement dans la durée et la régularité des règles, moins abondantes, quelque-fois plus aqueuses.

Mictions impérieuses la nuit et le jour. Lorsque l'opérée s'oppose à la miction elle croit à une dilatation de sa vessie et éprouve dans le bas-ventre un malaise général.

Rapports sexuels sans changement, douloureux. Ventre plus ballonné, plus douloureux à la pression. Le corset est impossible, de même que la ceinture. L'abdomen ne peut être légèrement secoué sans douleur, soit par la marche un peu irrégulière, soit par une montée d'escalier.

Ne peut endurer un col qui touche le corps thyroïde; striction épigastrique, tremblement nerveux; pas de crises nerveuses; aggravation des céphalalgies, sensation de casque sur le crâne ou d'une pression de l'encéphale sur les parois crâniennes. Un dérangement dans les habitudes journalières provoque des céphalalgies qui s'amendent sous l'influence de la chaleur et du repos. L'acuité visuelle a considérablement diminué, l'ouïe a tendance à faiblir par instants. Sommeil agité, cauchemar dans le décubitus

dorsal. Mémoire affaiblie, mais elle a tendance à revenir. Caractère fantasque, gai ou triste à l'excès, hémianesthésie par instants à droite, cryesthésie extrême; vapeurs en moyenne deux à trois fois par jour suivies de frissons. Travail plus difficile, moins rapide. Diminution des forces, irascibilité. L'opérée est hargneuse.

Etouffements La respiration devient brusquement difficile n'importe dans quelle situation. Ces accès sont journaliers avec périodes d'acalmie durant quinze jours. Le matin parfois quelques filets de sang dans les crachats au moment de fortes quintes.

Palpitations, essoufflement rapide, la malade a changé de logement pour avoir moins d'étages à gravir. Congestion des capillaires cutanés durant un quart d'heure. Vomissements provoqués par une titillation de la luette pour échapper aux douleurs d'une digestion difficile. Inappétence : plus d'hémorroïdes.

Ne peut tolérer sa ceinture.

L'opérée constate que si la douleur ovarienne a diminué de durée, l'état général a empiré.

OBSERVATION X

Observation XXVIII de Canu.

M. M...., 52 ans.

J'ai été opérée en 1891, à Broca, par M. X..., qui avant de m'opérer, ne m'a pas déclaré l'opération qu'il m'a faite, ni ne m'a pas fait connaître les conséquences à venir de l'opération. J'ai su que je n'avais plus d'ovaires lorsque j'ai demandé, étant opérée, la signification du mot ovariectomie écrit sur ma pancarte.

Avant mon opération.

J'éprouvais des douleurs dans le ventre, les cuisses. On aurait dit que des chiens me mangeaient les reins. Pas de bourdonnements d'oreilles, ni de troubles de la vue. La mémoire était intacte. Dans le ventre surtout, et même dans les cuisses, j'avais des douleurs lancinantes, j'étais bien forte sur mes jambes, puisque je frottais mon escalier, et faisais mon ménage, sans le secours de personne. A part les douleurs que je viens de citer, j'étais pleine de force, avant mon opération, j'ai vomi 3 ou 4 fois, mais j'avais souvent des nausées, particulièrement le matin en me levant, sans crampe d'estomac ; j'étais constipée. Pas de palpitations ni d'essoufflements. Dans le moment des souffrances pas d'appétit.

Après mon opération.

Les maux de tête sont beaucoup plus douloureux : on dirait une calotte glacée très lourde, assujettie sur le crâne. J'ai des bourdonnements d'oreille. Souvent j'ai les yeux secs. Ma vue a considérablement baissé. Je suis fréquemment atteinte de laryngite. Tout cela n'existait pas avant l'opération. Au niveau des ovaires, particulièrement à droite, j'éprouve au point de me faire crier une douleur atroce qui se répercute dans les reins. Je ne puis rester couchée que sur le dos. Sur le côté droit, étant couchée, je sens une masse qui se déplace pour s'appuyer sur le flanc droit, et en même temps, j'éprouve un tiraillement douloureux dans le flanc gauche, et réciproquement ; quand je me couche sur le flanc gauche, j'éprouve à droite une

douleur provoquée par le déplacement de la masse intestinale; sur le dos, je ne sens que des gargouillements dans le ventre. J'ai des douleurs articulaires; par moments, lorsque je monte un escalier, j'éprouve dans les deux jambes une douleur analogue à ce que causerait une perche empalant le membre du talon à la cuisse : je ne peux plus plier la jambe. Mes jambes supportent difficilement mon corps.

Je suis énervée tout le temps. Je ne peux me livrer à un travail suivi. Je commence tout, je ne finis rien. J'ai des idées noires. Je pense toujours à mourir. Mon sommeil est agité de cauchemars affreux. J'ai besoin que quelqu'un soit toujours à côté de moi pour rendre ma vie plus supportable. J'ai perdu la mémoire. Je me souviens des choses passées avant mon opération, non de celles qui l'ont suivie. J'ai énormément vieilli.

Je n'ai pas d'appétit, je mange par raison

Je suis plus que jamais constipée.

Depuis mon opération, j'éprouve des étouffements terribles, debout comme couchée, il me faut ouvrir la fenêtre, la pièce fût-elle grande comme une maison. J'éprouve des accès de chaleur suivis de sueurs abondantes à la suite du moindre travail.

Je n'ai pas pu avoir de rapports avec mon mari depuis mon opération.

Je déclare que si je n'avais pas un mari comme j'en ai un, il me serait impossible de gagner ma vie, tant l'opération m'a anéantie par ses conséquences.

OBSERVATION XI.

(Observation XXXII de Canu.)

M^{me} T..., 40 ans, sage-femme, opérée à l'hôpital Broca, une première fois pour pyelo salpinx. accompagné d'adhérences consécutives à une pyélo-péritonite.

On a enlevé les ovaires et les trompes, en mars 1893. L'utérus laisse, malgré cette ablation, écouler du pus en quantité. M. X..., premier opérateur, fait un curettage en dépit duquel l'écoulement persiste probablement, parce que le sérum coagulé, sur les parois utérines est, dans ces conditions, un excellent milieu de culture pour les microbes préexistants.

Un mois plus tard on pratique l'hystérectomie vaginale.

Avant l'opération.

Pas de maux de tête, pas de troubles visuels. Douleurs localisées au niveau de l'épine iliaque antero supérieure avec irradiation dans les 2/3 supérieurs de la cuisse. Je les compare à des tiraillements, aigus, pendant la marche, je m'aidais d'une canne.

Pas d'idées noires, de tristesse. Constitution suffisamment robuste. Mémoire intacte.

Vomissements bilieux journaliers, accompagnés de diarrhée, inappétence. Pas de suffocation, pas de palpitations.

Sensation de pesanteur dans la vessie. Mictions douloureuses et fréquentes. Les urines renfermaient du pus.

Contractions ovariennes très douloureuses (opinion de M. X.) qui m'obligeaient à m'arrêter au lieu même où je me trouvais. Ventre ballonné et douloureux. Ces symptômes ont duré deux mois avant ma laparotomie. Ils avaient pour cause une fausse couche de 4 mois. C'était la quatrième fausse couche et un accouchement prématuré en 4 ans. Ce dernier a été accompagné de paraplégie de février à août 1890.

Après l'opération.

Céphalalgie intense surtout l'après-midi, allant en augmentant de durée et d'intensité. Chute des cheveux ; la vue a baissé ; bourdonnements d'oreille. Lassitude générale, fatigue prompte ; un travail continu est impossible. La lecture même m'ennuie. La volonté fait défaut ; l'énergie a faibli comme les forces physiques. Insomnie, cauchemars terrifiants ; en revanche, l'après-midi, assoupissement accompagnant les céphalalgies qui ne diminuent pas d'intensité malgré cela.

La mémoire, restée intacte pour les faits passés avant l'opération, a considérablement faibli, pour ceux qui l'ont suivie. Pensées de tristesse.

De temps en temps, aura partant de la tête, se généralisant avec sueurs. Ce phénomène se produit particulièrement à l'époque où je dois avoir mes règles.

Douleur dans le côté gauche provenant probablement d'adhérences que le chirurgien n'a pu détruire.

Nausées fréquentes suivies de vomissements, digestion pénible. Inappétence entrecoupée de quelques périodes pendant lesquelles l'appétit redevient normal.

La diarrhée est restée comme avant l'opération.

Palpitations. Rien à l'auscultation.

Il y a un mois, douleur à gauche du rachis, au niveau des apophyses transverses, caractérisées par une série de points allant depuis la dernière cervicale jusqu'à la première lombaire. Les douleurs étaient intenses, et pendant un mois ont gêné la respiration. Elles avaient remplacé les névralgies céphaliques qui ont réapparu après la cessation de la rachialgie.

Envies fréquentes d'uriner, le jour, la nuit ; douleurs après la miction, provoquant un nouveau besoin d'uriner. Urines troubles parfois.

Douleurs intenses à gauche, au niveau de l'ovaire absent et m'obligeant à appliquer des cataplasmes laudanisés. Durée : 6 à 8 jours.

Coût facile, sans désirs.

3^o L'ovariotomie peut développer un vrai goître exophthalmique avec tous ses symptômes, l'exophthalmie, le goître, le tremblement, les palpitations et la tachycardie ; nous citerons l'intéressante observation de M. le docteur A. Mathieu qui en est un très bel exemple.

OBSERVATION XII.

Un cas de goître exophthalmique consécutif à l'ablation des ovaires. — D^r Albert Mathieu (1).

Femme âgée de 26 ans, veuve depuis peu de temps, et

(1) Gazette des hôpitaux, juin 1890.

mère de deux enfants. Elle avait des métrorrhagies épouvantables, et le D^r Bouilly, dans le service de qui elle se présenta, jugea que les accidents étaient assez graves pour légitimer l'ablation des ovaires.

L'opération fut faite en novembre 1887. L'opération réussit très bien, les métrorrhagies n'ont jamais reparu depuis, la malade a notablement engraisé.

Au mois d'avril 1888, c'est à dire environ cinq ou six mois après, la malade se présenta à la consultation, se plaignant d'un état marqué de nervosisme, de bouffées de chaleur et de palpitations. — Cette malade avait tous les signes peu accentués, mais très nets, de la maladie de Basedow : exophthalmie, goitre, palpitations, accélération du pouls, tremblements.

Le signe de Du Græfe n'existe pas, c'est-à-dire que la paupière supérieure suit régulièrement la pupille dans son mouvement d'élévation.

Le corps thyroïde est augmenté de volume, mais n'est pas animé de battements bien marqués.

Les battements du cœur donnent de 115 à 130 pulsations à la minute; pas de souffle à la pointe, les carotides sont animées de battements sensibles.

Les mains sont animées d'un tremblement, d'une sorte de vibration rapide, phénomène si bien décrit par M. Marié (1).

Ce qui gêne le plus la malade, ce sont des bouffées de chaleur, des poussées congestives qui surviennent périodiquement et durent plusieurs jours.

La malade prétend que ces poussées congestives se montrent au moment où elle devrait avoir ses règles; cependant, peu de suintement sanguin vers le vagin.

(1) *Marié* thèse doct., Paris 1883.

Pendant la durée de ces crises, elle est très agitée, incapable d'un moment d'attention; elle a le sommeil agité, rêves terrifiants.

Cependant, elle n'a pas de signes, ni de stigmates d'hystérie évidents.

4° La forme clinique de beaucoup la plus fréquemment observée est celle qui simule l'aliénation mentale, avec la folie et la manie aiguë.

Nous citerons les observations de Lossen, Barwell, Loumeau, Werth et Vène.

OBSERVATION XIII.

Hystérectomie suivie de manie. — Guérison. — Par les professeurs Herm Lossen et Furstner à Heidelberg. (In *Berliner klinische Wochenschrift*, 23 août 1880, n° 34, p. 481.)

Partie chirurgicale : Professeur Lossen.

Femme âgée de 47 ans, mère de six enfants, ressentait, en novembre 1879, une tumeur dans le bas ventre depuis deux ans environ. Cette tumeur grossit vite, elle n'était gênante que par son volume, et la menstruation se faisait encore régulièrement.

Tous les symptômes font porter le diagnostic de tumeur colloïde de l'ovaire, avec ramollissement partiel, adhérente à l'angle supérieur gauche de la matrice.

Opération 26 novembre 1879. Après ouverture, je constate que la tumeur est tout entière logée dans le ligament

large gauche, et j'en entreprends l'extraction par morcellement. Plus la tumeur devient mobile, plus on reconnaît facilement que le point de départ en est l'utérus et non l'ovaire.

Après ligature, la plaie est fermée par des sutures profondes, et un pansement phéniqué est appliqué.

Dans les trois jours qui suivent, pas d'hémorrhagie, pas de fièvre, appétit assez bon.

Le 2 décembre, la malade ayant eu le soir une température de 38° 5, a été très agitée.

Elle causait beaucoup, gesticulait vivement. Les exhortations à rester tranquille provoquaient chez elle un rire malin.

Le 4 décembre, l'agitation ayant augmenté dans la nuit, se transforme le matin en une véritable rage.

La malade attendait ses règles le jour où commença la manie.

Le 15 décembre, la cicatrice du ventre est assez solide pour permettre le transport de la malade à l'asile d'aliénés, où le traitement est abandonné aux soins de M. le professeur Furstner.

La tumeur était un fibro-myome, dur, fluctuant seulement en un point isolé, du poids de 2 kgr. 5.

Partie psychique. : Professeur Furstner. — Le 15 décembre, la malade était sans fièvre, mais la manie allait en augmentant.

Un fait se produisit qui menaça de porter préjudice à la malade, c'est le refus énergique de toute nourriture. On dut, jusqu'au 13 janvier, la nourrir à la sonde, et cela, avec les plus grandes difficultés, car la malade était devenue dangereuse.

Les nuits étaient toujours très agitées, et cette agitation ne s'écarta pas du type de la manie aiguë progressive.

Depuis le 24 décembre, elle avait une toux assez forte, avec une expectoration abondante de crachats blancs, visqueux. Il n'y avait rien à l'auscultation.

Le 13 janvier au matin, l'état psychique de la malade était complètement changé, elle paraissait plus sereine, prenait seule la nourriture, et restait en repos dans le lit.

Le 14, les signes de psychose avaient disparu complètement. La malade répondait bien aux questions, montrait pour le passé, depuis le jour de l'opération, un souvenir assez exact, et elle eut l'esprit normal pendant le reste de son séjour à l'hôpital.

La malade fut guérie le 11 février, après son retour chez elle, et revint quelque temps après complètement saine de corps et d'esprit.

OBSERVATION IV.

Manie consécutive à une ovariectomie. Guérison, puis rechute sans guérison. (Barwell — communiquée à la clinical Society of London (1), mars 1885).

Observation.

La malade, célibataire âgée de 29 ans, avait une forte constitution et un tempérament mobile.

Le 28 octobre 1884, je lui enlevai l'ovaire gauche après en avoir retiré 23 pintes de liquide. Pendant les deux pre-

(1) In the British medical journal. 21 mars 1885.

miers jours, il y eut un peu d'hématurie, puis ce symptôme disparut.

Le troisième jour, le thermomètre monta à 102°, 4 F (39° C), pendant quelques heures, puis la température redevient normale.

La plaie abdominale était cicatrisée le 2 novembre, et il n'y avait aucune sensibilité dans l'aîne gauche ou ailleurs.

La malade, naturellement très docile et raisonnable, présenta le 3 novembre, un caractère contradictoire et agressif.

Le 5, c'est-à-dire 8 jours après l'opération, elle était en pleine folie.

Le 7, on dut lui mettre la camisole de force. Une injection sous-cutanée de quatre gouttes de morphine ne la calmait que pour trois heures.

Le 21, après des périodes d'agitation et de calme relatif, mais avec bavardage incessant, la malade était complètement folle, ne dormant que deux heures par nuit depuis le 9.

Alors, elle commença à aller mieux; on le reconnaissait à ce qu'elle disait qu'elle était folle.

Le 21, M. Barwel lui fit placer un sac de glace sur la tête, après quoi elle dormit mieux, et s'améliora graduellement.

Le 28, elle avait recouvré la raison.

Le 28, elle sortit de l'hôpital parfaitement saine d'esprit et de corps.

Cependant, en 1889, c'est-à-dire quatre années plus tard, M. le docteur Barwell, chirurgien de Charing-Cross hospital donne de nouveaux renseignements au sujet de cette femme. En 1887, deux ans après environ sa sortie de

l'hôpital, elle est redevenue complètement folle, et dans l'intervalle, il paraît qu'elle a eu des attaques de nerfs, des monomanies passagères, qui finalement l'ont conduite à l'aliénation mentale complète.

Ce retour à la folie sans guérison fait penser à M. Barwell qu'il avait eu affaire à une prédisposition héréditaire, quoiqu'en 1885 les recherches n'eussent rien fourni à ce sujet.

OBSERVATION XV

Cas de folie consécutive à une ovarosalpingectomie.

Cette observation du docteur Loumeau est rapportée par le docteur Régis (1).

Femme mariée, âgée de 35 ans, intelligence moyenne, peu développée physiquement, et comptant dans une collatéralité assez éloignée deux précédents d'aliénation mentale.

Elle n'a jamais eu de grave maladie, n'a aucune trace de syphilis ou d'alcoolisme.

Mariée, il y a quinze ans, elle a d'abord fait trois fausses couches, et, finalement, a eu deux enfants, tous deux vivants et bien portants.

C'est à la suite d'une de ces fausses couches, survenue il y a neuf ans, qu'elle a commencé à éprouver des troubles morbides du côté des organes génitaux. Depuis cette époque, la malade a présenté de la dysménorrhée, des

(1) Gazette médicale, Paris, octobre 1893.

douleurs abdominales, des péritonites multiples, et a été soignée à plusieurs reprises par la cautérisation du col urérin.

En avril 1890, la première fois que le docteur Loumeau la voit, elle est incapable de marcher et même de se tenir debout, tellement les douleurs sont vives.

Pendant trente mois, décubitus horizontal absolu ; injections vaginales très chaudes, bains fréquents, mais impossibilité constante d'instituer un traitement intra-utérin, à cause d'une rétroflexion irréductible. La malade, intelligente, confiante et docile, accepte avec joie l'opération proposée.

Opération. — Laparotomie pratiquée le 20 octobre 1892 par M. Monod, chirurgien des hôpitaux. Ablation totale des ovaires et des trompes, hystéropexie antérieure par le procédé de Léopold. Durée de l'opération, une heure et demie.

A l'examen des annexes enlevées, les trompes et les ovaires sont augmentés de volume, congestionnés, mais n'offrent ni kyste, ni abcès, ni épanchement sanguin. A la coupe, sur le tissu ovarien, petits points blanchâtres qui rappellent l'aspect de tubercules.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Suites opératoires. — Très simples, pas de fièvre, et les sutures furent enlevées le 3 novembre.

Le 15 décembre, cicatrisation complète au-dessus du pubis. Depuis l'opération, les règles n'ont jamais reparu, et la matrice a conservé l'attitude normale assurée par l'hystéropexie.

Plus de désirs sexuels, frigidité absolue. La malade marche sans éprouver de fatigue. Tel est le côté chirurgical ; du côté mental, voici ce qui se passa :

Le 28 octobre, huit jours après l'opération, la malade, qui n'avait rien offert d'anormal jusque-là, fut prise assez brusquement de troubles psychiques, qui, tout d'abord, se présentèrent avec les allures d'un délire toxique, caractérisé par des hallucinations de la vue de nature terrifiante.

Après quelques jours, ces phénomènes disparurent; mais le trouble mental se modifia en s'accroissant.

La malade est progressivement tombée dans une sorte de confusion d'esprit, avec torpeur intellectuelle et physique, idées mélancoliques et hallucinations.

Cette femme a perdu l'appétit, le sommeil; elle est tombée dans un véritable état de mélancolie, conservant toujours néanmoins un certain degré de conscience et de lucidité.

Cet état mental s'aggrave peu à peu, et, en mars 1893, elle est à demi-hébétée, comme étrangère aux choses ambiantes, et uniquement préoccupée des agitations de sa pensée. Elle ne prononce pas réellement, comme elle le croit, des paroles compromettantes, mais elle les formule intérieurement en un langage purement mental. Il s'agit là du premier degré d'hallucinations psycho-motrices verbales.

Cette malade, mise à cette époque au traitement des injections sous-cutanées de suc ovarien, en aurait retiré quelques bienfaits. D'après MM. Loumeau et Régis, au bout d'un mois, l'état d'excitabilité de la malade était en grande partie calmé; seules ses obsessions et hallucinations, quoique diminuées en intensité et fréquence, étaient encore très marquées. En somme, chez cette malade, il y aurait eu un peu d'amélioration, mais pas guérison.

OBSERVATION XVI

M. Werth (1) de Kiel.

Au 2^e congrès de la société allemande de gynécologie tenu à Halle, en mai 1888, M. Werth, se borne plutôt à des statistiques au sujet des conséquences des opérations gynécologiques.

Dans les cas qu'il a constatés, à la suite d'extirpation totale ou partielle des organes génitaux, il s'agissait cinq fois de mélancolie, et une fois de manie.

Il nous donne une statistique sur l'époque de début des troubles, et une autre sur l'époque de la guérison.

OBSERVATION XVII.

Prise dans la thèse de Vène.

Mademoiselle O....., hystérique nymphomane, âgée de 39 ans, entra à St-Louis en avril 1887.

Elle portait une tumeur abdominale, on lui enleva les annexes dans le but d'obtenir quelque influence sur le système nerveux.

L'ovaire gauche était malade, et la trompe portait un kyste du volume d'une petite orange. L'opération était donc justifiée.

(1) Archiv. für gynækologie, n° 32, 1888, p. 457.

(2) Thèse Paris, 1891.

Le résultat fut loin d'être celui qu'on espérait. Quatre ou cinq jours après l'opération, la malade fut prise d'un délire maniaque très accusé qui dura près d'un mois et demi.

M. Le Dentu eut un jour la pensée de changer la malade de milieu, en la transférant chez elle, et deux jours après elle était guérie.

Depuis cette époque, elle est restée bien portante, son moral est excellent. Elle ne garde plus du côté du système nerveux qu'un certain besoin de déplacement, et du côté de l'abdomen des douleurs qui reviennent par intervalle.

5° Enfin un très grand nombre de cas sont impossibles à classer; c'est du nervosisme, phénomènes vagues sans caractères bien spécifiques, permettant de les ranger dans une névrose connue. Presque toutes les observations de la thèse de Canu rendent compte des caractères de ce nervosisme vague. Nous nous contenterons de citer ici deux observations qui nous ont paru les plus concluantes sous ce rapport.

OBTERVATION XVIII

Observation de Canu n° IV

J'ai été opérée il y a un an, à Cochîn par M. X. ., pour des ovaires kystiques, ce que j'ai lu sur ma pancarte. On m'a enlevé les deux ovaires et les deux trompes. *C'est après l'opération, en lisant la feuille d'observation, que j'ai*

su ne plus avoir ni ovaires ni trompes. Jusqu'à la période aiguë de maladie j'ai été bien réglée. Je n'ai fait ni enfant, ni fausse-couche; je n'ai jamais eu d'écoulement jaunâtre ni verdâtre, à peine quelques fleurs blanches. Mais de 13 à 18 ans, pour anémie, mes époques ont été très irrégulières; de 13 à 15 ans, très régulières. J'ai commencé à souffrir à 18 ans, au moment où mes époques ont commencé à devenir régulières. Ma souffrance était interne dans le flanc droit, à cinq centimètres au-dessus et en dehors du nombril. La douleur était comparable à ce que j'aurais pu éprouver si l'on m'eût serrée avec une large bande de toile, mais serrée très fort. Quand je descendais un trottoir, une marche, j'éprouvais une pesanteur douloureuse comme si quelque chose eut voulu passer par la matrice. J'ai été obligée de garder le lit un jour ou deux, pendant les deux mois qui ont précédé mon opération.

Avant l'opération.

Fortes migraines, sommeil accompagné de cauchemars, pas d'idées noires, pas de tristesses. Pendant le jour, douleur au niveau du sacrum, plus aiguë que celle du ventre. Peu de chose dans les cuisses. Pas une seule crise nerveuse. Sensation d'un corps volumineux montant jusqu'à la gorge. J'étais très douce avec les personnes qui m'entouraient. Rien du côté des yeux, des oreilles.

Appétit variable, bon pendant un mois, mauvais pendant un autre, nausées au moment des règles, constipation de cinq jours parfois.

Envies fréquentes d'uriner, une dizaine de fois le jour et deux fois la nuit. Urines pâles.

Souffrance pendant les rapports sexuels.

Après l'opération.

Pas de céphalalgie. Pas de sommeil, mais des cauchemars tristes ; avant mon opération je dormais bien malgré les cauchemars qui étaient moins fréquents. Les idées noires vont en diminuant, parce que je ne souffre plus du ventre ; plus de tristesse. Enervement constant : quand je commence un travail, je voudrais l'avoir aussitôt fini. Mouvements fréquents de colère. Irritabilité. La vue est trouble, elle a baissé. Crises nerveuses débutant par un affaissement, les jambes fléchissent ; je pleure malgré moi, bien que je n'aie pas de tristesse. Au creux de l'estomac, je sens quelque chose qui m'étouffe et qui remonte jusqu'au larynx. Ces crises me font bien souffrir et durent d'un quart d'heure à une demi-heure et me prennent deux fois par jour. Je reste fatiguée ; pendant une demi-heure, j'ai des fourmillements dans les bras et les jambes. Pendant la crise, je tremble, je pleure et me plains sans perdre connaissance. J'ai quelque écume aux lèvres. La crise commence par des nausées.

Les palpitations sont très intenses ; la montée d'un escalier me cause des crises cardiaques, les battements du cœur s'accroissent au moindre effort. Pas d'enflure de chevilles, pas de crachats sanglants.

Même fréquence dans les envies d'uriner.

Suppression absolue des règles, pas de flueurs blanches. Pas de souffrance au moment des rapports sexuels qui sont insensibles.

Mes forces ont considérablement diminué, le travail m'est beaucoup plus pénible. Je me fatigue très vite. Les objets que je soulève me semblent plus lourds qu'autrefois.

Je prends de l'embonpoint.

Je regrette de m'être fait opérer, car si j'avais su qu'on m'enlevât les ovaires, je n'aurais pas consenti à l'opération. Quoique ne souffrant plus du ventre, j'ai des malaises que je n'avais pas auparavant, et je suis peinée de ne pas avoir d'enfant.

OBSERVATION XIX.

(Observation VII de Canu.)

M^{lle} P..., née le 21 février 1866, à Rouen, opérée à la Charité par M. X..., qui a fait une hystérectomie vaginale pour une salpingite suppurée et une retroversion de l'utérus. Un accouchement en 1892, et une fausse couche en 1894. L'accouchement a eu lieu avec le forceps.

Avant l'opération.

Souffrait depuis sa fausse couche dans la région ovarienne, surtout à gauche, où elle ressentait des douleurs sourdes au début, et aiguës avant l'opération, comparables à des coups de canif. Elles étaient quotidiennes, par accès, s'irradiaient dans les reins, non dans les cuisses.

Règlée irrégulièrement à 13 ans. Ménorrhagies tous les deux ou trois jours, pertes abondantes depuis la fausse couche.

Rapports sexuels normaux. Pas de ballonnement du ventre.

Migraines fréquentes ; pas de crises nerveuses, sommeil normal, mémoire intacte. Pas d'idées noires, d'ennui : Aptitude au travail. De même pour la force musculaire. Pas de symptômes nerveux.

Palpitations cardiaques. Essoufflement. Pas de congestion, de syncopes.

Pas de vomissement, ni de nausées. Constipation variant de deux à huit jours. Appétit médiocre, digestion facile.

Après l'opération.

Douleurs sourdes apparues depuis un mois à la place des ovaires, devenant aiguës pendant la marche, au moindre effort. Depuis la même époque, douleurs articulaires, localisées dans les genoux. Rien dans les cuisses. Dans la région lombaire les douleurs restent sans changement, c'est-à-dire quotidiennes.

Règles supprimées, mais une suppuration vaginale l'amène à la Charité.

De temps à autre, douleurs lancinantes dans la vessie, très aiguës. Mictions 7 à 8 fois par jour et 2 à 3 fois la nuit.

Au toucher, atrésie du vagin dans tous les sens : Induration sur la paroi droite formant tumeur proéminente. Urines normales.

Rapports sexuels probablement impossibles, mais pas de désirs vénériens. Pas de rapprochement depuis l'opération. Amaigrissement.

Tremblements nerveux de tout le corps, contractions fébrillaires. Céphalalgies frontales intenses survenant tous les huit jours, très douloureuses ; réflexes patellaires exagérés.

Suppression du sommeil, lequel ne survient que par ingestion de somnifères. Pas de cauchemars mais réveil en sursaut et en pleine transpiration. Diminution notable

de la mémoire. Caractère triste, sombre ; s'ennuie sans motif, pleure sans cause.

Toutes les dix minutes, sensation de chaleur produite par des troubles vaso-moteurs qui déterminent une constriction de la trachée, du larynx ; l'opérée étouffe pendant 2 ou 3 minutes, la température est élevée, la peau est moite et rouge.

Inaptitude au travail par diminution extraordinaire des forces ; lipothymie 3 ou 4 fois par jour.

Les palpitations sont exagérées, 3 syncopes depuis un mois.

Nausées se répétant constamment pendant 24 heures et survenant tous les deux jours en moyenne. Sensation de pincement au niveau de l'estomac, à n'importe quel moment de la journée, parfois très douloureux.

Constipation sans changement, appétit diminué, fantaisie ; digestion facile. L'opérée se trouve considérablement vieillie. Elle ne peut continuer sa profession de femme de chambre à cause de la diminution de ses forces.

Je regrette l'opération qu'on a faite sur moi, et qui nécessite actuellement mon séjour à la Charité. Je me trouve plus mal qu'auparavant.

La chose que je regrette le plus, c'est de ne pouvoir me marier et de ne plus avoir d'enfant.

Dans toutes ces observations, chez la même malade, on trouve des cas complexes, par exemple, comme le fait remarquer M. Charcot, coïncidence de l'hystérie et de la neurasthénie, mais les deux névroses restent toujours distinctes, même lorsqu'elles coïncident.

Il ne faut pas chercher des formes cliniques où tous les stigmates des névroses se rencontrent ; le plus souvent ce sont des formes incomplètes. Mais on peut noter suffisamment d'éléments cliniques qui permettent d'essayer une classification.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

La plupart des observateurs, en trouvant les symptômes que nous avons étudiés, ont pu songer à d'autres maladies et ne pas remonter à la véritable origine du mal. Cependant, en suivant de près le cours des accidents, on n'arrive à leur retrouver qu'une seule cause, l'opération soit par traumatisme soit surtout par effet normal.

L'excitation de la plupart de nos malades ne peut être due à la fièvre ; puisque, chez presque toutes, la température ne dépasse pas 38°. Ainsi, chez la malade de Furstner, on ne pouvait songer au délire de la fièvre, puisque ces troubles psychiques étaient en pleine intensité pendant la période apyrétique. D'autre part, chez cette même malade, la guérison survenait au point de vue psychique malgré la persistance de la fièvre. Loin d'y avoir un rapport de cause à effet, c'était plutôt le contraire qui se produisait.

Un commencement de septicémie ne peut non plus être la cause de ces troubles ; car la septicémie conduit rapidement à des phénomènes typhoïdes, tandis que l'agitation de la malade n'a qu'une tendance à s'accroître.

On pourrait songer à l'urémie, car la folie brightique peut durer des semaines et des mois ; et nombreux sont les brightiques qui ont passé par les asiles d'aliénés.

Mais on peut rejeter cette hypothèse, car, chez toutes nos malades, il y avait évacuation parfaite de la quantité normale d'urine. L'opérée de Barwell n'eut qu'une légère hématurie qui dura quarante-huit heures et plus rien dans la suite.

On peut écarter le *delirium tremens*. En effet, chez plusieurs, il n'y a aucun tremblement, les mouvements sont parfaitement surs et exacts. La malade de Furstner est réputée comme une femme sobre, ne s'étant jamais adonnée à l'alcool. Furstner termine en disant : « Jusqu'au 15 décembre, on pouvait considérer les troubles psychiques comme un délire d'inanition ou de fièvre ; dans la suite, on put dire qu'il s'agissait d'une psychose, dans le vrai sens du mot, et, en réalité, d'une manie typique.

Ainsi, pour expliquer les troubles nerveux que nous avons constatés, il faut incriminer le traumatisme opératoire. Si, chez quelques malades, on trouve des antécédents héréditaires, chez d'autres, on ne trouve absolument rien, et l'opération, seule, doit être invoquée comme cause des accidents. »

Le traumatisme des organes génitaux de la femme n'est peut-être pas suffisant pour expliquer à lui seul l'apparition des symptômes d'hystérie; mais, c'est certainement une cause occasionnelle très importante, si l'on veut quand même songer à une tare originelle.

En tous cas, comme le dit Mussin (1), il est probable que cette névrose serait restée toujours à l'état latent et que, sans le traumatisme opératoire, la malade n'aurait jamais montré de symptômes d'hystérie.

Il est difficile de poser un pronostic ferme pour ces sortes de névroses. En effet, les troubles constatés sont très variables comme durée et surtout comme intensité.

La guérison semble être la terminaison la plus fréquente quand l'opération joue le rôle principal. La maladie semble beaucoup plus grave quand il y a des antécédents héréditaires ou personnels; ainsi, pour Barwell, son opérée, qui est devenue complètement folle, rentrerait dans cette catégorie.

La guérison survient, tantôt brusquement, tantôt et le plus souvent, progressivement.

La durée de la maladie est très variable pour Denis (2), et oscille entre 15 jours et 8 mois.

Dans sa statistique, Werth nous dit que ses

(1) Thèse de Lille, 1895.

(2) Thèse.

guérisons sont survenues, dans trois cas, au bout de 15 jours, de 4 mois et de 6 à 8 mois.

A côté de ces résultats heureux, il y a des cas de folie complète et même des cas de mort.

Aussi ces résultats doivent-ils faire hésiter, dans certains cas, le chirurgien au sujet d'une intervention.

Werth dit qu'on doit tenir compte de l'hérédité avant de se prononcer sur le pronostic des maladies gynécologiques.

M. Pozzi, parlant des troubles cérébraux consécutifs aux ovariectomies, conclut en disant : « Quoi qu'il en soit, il est démontré, par quelques faits bien étudiés, que le chirurgien devra songer à cette complication de névrose, quelque rare qu'elle soit, et la faire même entrer en ligne de compte dans le pronostic de l'ovariectomie, s'il s'agit d'un sujet ayant une prédisposition à la folie, ou simplement des antécédents nerveux héréditaires. »

En lisant la thèse de Canu, on arrive à cette conclusion que le pronostic est fort grave. La femme est perdue au physique, au moral et pour la société. Elle devient une inutilité dans sa famille et une charge pour l'Etat.

M. Canu dit qu'à Paris où la natalité augmentait jusqu'en 1884, elle va en diminuant depuis cette époque, où les opérations sur l'utérus et ses annexes se sont multipliées.

Pour M. Canu, il y a certainement d'autres causes de dépopulation, tels que la prostitution, la restric-

tion malthusienne, l'avortement criminel; mais l'ovariotomie passe au premier rang.

C'est donc une opération désastreuse pour la femme, pour sa famille, pour l'Etat et pour la société.

Le pronostic de ces maladies est donc plutôt sérieux, car il faut compter même avec les guérisons qui ne sont quelquefois que passagères et surtout chez les psychiques, il faut toujours craindre une récurrence à la moindre cause.

TRAITEMENT

Le traitement de ces troubles nerveux s'est senti des idées pathogéniques des médecins. Pour combattre les troubles nerveux consécutifs à l'ovariotomie double, un certain nombre de gynécologues ont administré à leurs opérées de la substance ovarienne. Ces chirurgiens émettaient l'hypothèse que les phénomènes morbides post-opératoires sont dus en totalité ou en partie, à l'absence d'une sécrétion ovarienne, encore inconnue d'ailleurs. Cette hypothèse les conduit à la déduction thérapeutique suivante : l'ingestion d'ovaires peut amener la cessation des troubles, comme le démontre pour le myxœdème l'ingestion du corps thyroïde.

La plupart des expérimentateurs prétendent avoir obtenu des succès et même des guérisons complètes.

Le docteur Loumeau termine son observation, en parlant de ce traitement pour sa malade.

Chez celle-ci, les injections de suc ovarien com-

mencées le 5 avril ont été continuées journellement jusqu'aujourd'hui (les doses variant de un demi à deux centimètres cubes de solution au 1/10^e.).

Jamais il n'y a eu de phénomènes douloureux, d'accidents locaux, ni de réaction générale fâcheuse.

Dès le 12 avril, les obsessions de la malade paraissent moins intenses; elle s'intéresse à une foule de choses qui la laissait absolument indifférente. Elle n'a plus de colères, mais toujours des idées délirantes.

En résumé, l'état d'excitabilité de la malade s'est, en grande partie calmé; seules ses obsessions et hallucinations, quoique diminuées en intensité et en fréquence, sont encore très marquées.

En somme, conclut M. Loumeau, ces injections absolument inoffensives semblent avoir déterminé physiquement et psychiquement des résultats favorables.

Il n'y a pas guérison, mais certainement amélioration.

Tout récemment encore, M. le docteur Jayle (1) nous donne quelques renseignements intéressants sur cette méthode. Nous citerons une de ses observations pour montrer les résultats excellents, prétend-il, qui lui ont été donnés par le liquide ovarique.

(1) Presse médicale du 9 mai 1896.

Obs. I. — D..., 30 ans. Hystérectomie vaginale le 11 février 1895. Les phénomènes nouveaux accusés par la malade sont les suivants : bouffées de chaleur, très fréquentes, jour et nuit, très gênantes, asthénie neuromusculaire; assombrissement du caractère; affaiblissement de la mémoire; énervement continu.

Du 5 décembre 1895 au 7 janvier 1896, ont été pratiquées six injections de liquide ovarique, avec le résultat suivant : disparition complète des bouffées de chaleur, moins d'énervement, retour des forces.

Le 7 février 1896, la malade n'a plus eu d'injection ovarienne depuis un mois. Elle se trouve encore mieux, mais elle sent que les troubles reviennent peu à peu.

Résultat éloigné. — Le 23 avril, les bouffées de chaleur, qui avaient disparu complètement, sont revenues, et la malade dit qu'il lui faudrait suivre le traitement continuellement. Il y a eu une amélioration très nette, mais temporaire.

M. le docteur Jayle a également essayé le liquide ovarique chez des malades qui devaient subir l'opération chirurgicale. Il prétend également avoir eu de bons résultats.

M. Jayle conclut que l'opothérapie ovarienne a pour effet de faire disparaître quelques-uns des phénomènes provoqués par la castration et en particulier les bouffées de chaleur.

M. le docteur R. Chrobak (1) professeur d'obstétrique à la Faculté de Vienne, dit avoir aussi obtenu des résultats favorables, mais qui n'ont per-

(1) Semaine médicale du 20 mai 1896.

sisté que pendant la durée du traitement. Aussi sans nier la valeur de cette médication palliative M. Chrobak « croit qu'il serait peut-être préférable de chercher à prévenir les troubles en question par des moyens chirurgicaux consistant soit à laisser en place les ovaires ou au moins une portion de ces organes lorsqu'on pratique, par exemple, l'hystérectomie pour fibro-myomes, soit, s'il s'agit de castrations doubles, à faire suivre cette opération de l'implantation d'ovaires empruntés aux animaux. »

En somme, cette opothérapie laisse beaucoup à désirer. D'abord, les résultats du traitement n'ont qu'un résultat passager, puisque les accidents disparaissent dès qu'on cesse le traitement.

D'ailleurs, la théorie de cette méthode n'est basée sur rien de scientifique. On conçoit l'importance des sucs pour les organes à sécrétion interne, comme le corps thyroïde, le pancréas ; mais on ne connaît pas encore la sécrétion ovarienne.

On doit d'ailleurs se demander comment agit le suc ovarique ? Il ne faut pas oublier, en effet, que nous avons affaire à des psychiques, et le rôle considérable que joue chez ces malades la suggestion.

M. Gille de la Tourette a fait remarquer que « les rares fois où la castration détermine la guérison de l'hystérie, c'est simplement par voie de révulsion psychique tout comme l'inoffensive pilule de mie de pain. »

M. Pozzi nous dit : « On doit aussi se demander si ces guérisons ne sont pas parfois sous la dépen-

dance de la forte impression morale et de l'espèce de suggestion produite par l'opération. Ce qui prouve bien cette dernière influence, c'est l'effet heureux qu'a pu produire exceptionnellement une castration simulée, comme nous en donne un bel exemple l'observation de Chiarleoni. »

Obs. XX. — Chiarleoni (1). — *Hystérie et castration.* — *Hystérie guérie per suggestion d'une castration simulée.*

Jeune fille, 29 ans, jusqu'à 20 ans bien portante. En 1878, effrayée par un incendie, convulsion, hystérie nette; cessation de menstruation.

Reste au lit pendant huit ans. Tout traitement médical a échoué.

Vomissements incoercibles; état d'extrême faiblesse et d'excessive maigreur.

M. Chiarleoni pense d'abord à la castration; puis, se rappelant des guérisons, pour ainsi dire, miraculeuses de maladies nerveuses, obtenues à l'aide de moyens destinés à frapper le moral des malades; et, considérant comme sérieuse la guérison obtenue à l'aide de l'hypnotisme, voulut essayer, avant de tenter un traitement chirurgical, une opération suggestive. Il eut l'intention de frapper l'imagination de la malade, d'autant plus qu'elle était parfaitement convaincue que la castration seule pouvait la guérir, et qu'elle la réclamait incessamment depuis plusieurs mois.

(1) *Gazetta degli Ospitalis*, anal 8, 9, 1888.

Le 30 mai 1887, Chiarleoni chloroformisa la malade et l'examina. Rien à l'utérus ni aux annexes. Incision superficielle de la paroi abdominale, sutures, pansement antiseptique.

A peine réveillée, la malade peut, pour la première fois, depuis de longues années, étendre les membres inférieurs. Guérison rapide. Dès le premier jour les vomissements cessèrent, la malade dormit toute la nuit, et elle commença à manger.

Le cinquième jour, il y eut un écoulement sanguin des organes génitaux. — Le 15^e jour, elle quitta le lit pendant quelques heures. Elle a engraisé. La menstruation s'établit, et deux mois après l'opération, la malade rentra dans sa famille complètement guérie.

Chiarleoni en conclut que chez les opérées de la castration, la guérison peut n'être pas toujours due uniquement à l'ablation des ovaires ; mais assez souvent à l'acte opératif, qui frappe l'imagination des malades, ainsi que le pense Bernheim ; et qu'avant de faire la cure radicale, il serait peut être bon de tenter une farce chirurgicale.

D'autres faits cliniques nous démontrent encore inditectement ce rôle considérable de la suggestion, ainsi l'observation abrégée de Dawson.

Obs. XXI (Abrégée de Dawson) (1).

Dawson raconte l'histoire d'une femme qui avait subi l'opération de Battey, trois ans auparavant.

(1) Société obstétricale de New-York, 20 mai 1883.

Comme elle recommençait à souffrir, on lui ouvrit le ventre pour le refermer immédiatement, sans avoir fait autre chose que de constater l'atrophie des trompes.

La guérison fut ainsi obtenue

Quiconque a un peu l'habitude de soigner les névroses, sait le rôle capital que joue la thérapeutique suggestive dans le traitement de ces malades. Tous les remèdes sont bons à condition que le malade y ait confiance. Et pour lui donner cette confiance, il faut de toute nécessité que le médecin semble absolument certain du résultat qu'il va obtenir et qu'il inspire cette certitude à son malade. Au pis, il peut lui donner un remède quelconque, n'importe lequel réussit.

Mais ici, le traitement est beaucoup plus difficile que chez les autres névropathes, et cette gravité toute spéciale tient à la cause même de la maladie. L'hystérie est le résultat d'un trouble psychique dont le point de départ est un fait matériel : la perte des ovaires. Quoi qu'on fasse, la malade saura toujours que ses ovaires sont définitivement absents, et que rien ne pourra les remplacer. La suggestion n'aura donc aucune prise, ou une prise très faible sur ces malades. Aussi la tentative de M. Jayle est elle parfaitement soutenable. Mais il ne faut pas oublier que pour juger la valeur thérapeutique du traitement, il faudra toujours faire une part au rôle de la suggestion.

Nous ne voulons pas pour cela, diminuer l'im-

portance des résultats obtenus par la méthode opothérapique, surtout actuellement où l'opothérapie tend à prendre une place si considérable dans la thérapeutique. Nous avons voulu seulement mettre en lumière le rôle bien connu de la suggestion thérapeutique chez ces malades.

Jusqu'ici les guérisons sont exceptionnelles, et le plus souvent, on n'obtient que des améliorations relatives, rarement la guérison complète. Cela se conçoit facilement, étant donné le mode de développement de la maladie.

Il semble d'ailleurs que les troubles nerveux qui éclatent immédiatement après l'opération soient moins graves : c'est pour eux surtout qu'on peut invoquer l'influence de l'intervention chirurgicale (agissant comme point de départ de troubles circulatoires ou réflexes), du schock traumatique, de l'alcoolisme possible, etc.

Mais beaucoup plus tenaces et plus persistants sont les troubles tardifs, développés lentement, insidieusement, résultant d'un trouble psychique progressivement croissant. Dans ces formes où la déviation mentale de la malade joue le principal rôle dans le développement de la maladie, le pronostic semble beaucoup plus grave.

M. Segond a préconisé les saignées. Certains troubles sont de *nature purement congestive*, il était donc légitime de songer à diminuer cette pléthore par une saignée. Cette thérapeutique a produit de bons résultats dans certains cas, par exem-

ple, dans l'observation résumée de Baudron que nous rapporte Lissac (1) dans sa thèse.

OBS. XXII (Résumée).

L..., 22 ans, opérée d'une hystérectomie vaginale complète le 4 mars 1891.

La malade, revue en janvier 1893, se plaint de bouffées de chaleur et d'accès de toux. Cette toux que rien de pulmonaire n'explique cède au bromure de potassium et aux douches.

Le 25 avril 1893, les bouffées de chaleur persistent. M. Segond fait à la malade une saignée.

Le 12 mars 1894 la malade est dans un bon état général, elle engraisse.

Enfin, on peut avoir recours à la thérapeutique générale des névroses : bains, douches, calmants, si la malade est excitée ; au cas contraire, on emploie les toniques et les reconstituants.

(1) Thèse de Paris, 1896. Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme.

CONCLUSIONS

1° Si l'ovariotomie a pu, dans certains cas, atténuer des accidents nerveux, probablement par action suggestive, elle peut, ainsi que l'hystérectomie, être suivie, à plus ou moins longue échéance, de phénomènes névropathiques.

2° L'ablation des organes génitaux de la femme peut, ou bien exagérer les troubles présentés actuellement par la malade ; ou bien réveiller des accidents anciens calmés ; ou bien faire éclore ces accidents chez des malades non nerveuses d'apparence et créer de toutes pièces un état névropathique.

3° Les phénomènes névropathiques ainsi déterminés sont très variables. Ils peuvent ressortir à l'hystérie, à la neurasthénie, au goître exophthalmique et à l'aliénation mentale ; parfois ils ne se rapprochent d'aucune névrose classée.

4^o L'intervention chirurgicale agit de deux façons :

Ou par choc matériel, trouble vaso-moteur ou réflexe : les accidents éclatent alors immédiatement après l'opération.

Ou par action psychique : les accidents se développent lentement, insidieusement, plus ou moins longtemps après l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

- Barwell.* — British medical Journal, 21 mars 1885.
- Briquet.* — Traité de l'hystérie.
- Canu.* — Th. Paris, 1896. Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme.
- Chiarleoni.* — Gazetta degli Ospitali, n° 8, 9, 1888.
- R. Chrobak.* — Semaine médicale, 20 mai 1896.
- Debove.* — Société médicale des hôpitaux, 18 nov. 1893.
- Denis.* — Th. Montpellier, 1889 De l'aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales.
- Furstner.* — In Berliner Klinische Wochenschrift, 23 août 1880.
- Gille de la Tourette.* — De l'hystérie.
- Guinon.* — Th. Paris, 1889. Des agents provocateurs de l'hystérie.
- Guisy.* — Progrès médical, 13 juin 1896.
- Hegar.* — Die Castration der Frauen Volkman's Klein Vorträge gyn 42. Leipzig 1878.
- Jayle.* — Presse médicale, 9 mai 1896.
- Lawson Tait.* — British medical journal, mai 1879.
- Lucas Championnière.* — Bulletin de Société obstétricale, Paris 1888.

- Mackenrodt.* — 3^e Congrès de la Société allemande de gynécologie. Breslau 1893.
- Martin.* — Th. Paris, 1888. Des accidents reflexes consécutifs aux opérations sur l'utérus et ovaires.
- A. Mathieu.* — Gazette des hôpitaux Juin 1890.
- Mussin.* — Thèse de Lille, 1895. De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme.
- Pichevin.* — Th. Paris, 1889. Des abus de la castration chez la femme.
- Pozzi.* — Gynécologie.
- Regis.* — Gazette médicale de Paris, 1893.
- Tissier.* — Th. Paris, 1885. De la castration de la femme en chirurgie.
- Vène.* — Th. Paris. Etude sur le délire post-opératoire.
- Weiss.* — Wein med. Presse, 1890.
-

Vu : par le Président, Vu : le Doyen,

DIEULAFOY. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.

